17.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 244.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 31 *décembre* 1850,

Par Antoine VIGUÈS,

né à Paris,

ancien Interne en Médecine et en Chirurgie des Hôpitaux civils de Paris.

DES

TUMEURS SANGUINES DE L'EXCAVATION PELVIENNE, CHEZ LA FEMME.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis.*

1850

1850. — *Viguès.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. BÉRARD, DOYEN.

	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	....
Pathologie chirurgicale	GERDY. CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN, Examinateur. ....
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER, Président. ....
Clinique d'accouchements	DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX, Examinateur.
DEPAUL.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY, Examinateur.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA.
VOILLEMIER.
WURTZ.

DES TUMEURS SANGUINES

DE

L'EXCAVATION PELVIENNE,

CHEZ LA FEMME.

L'excavation pelvienne peut être, chez la femme, le siége de nombreuses tumeurs, les unes développées dans les organes que contient cette excavation ou dans les os qui la forment, les autres dans la portion du péritoine qui la tapisse, d'autres enfin dans le tissu cellulaire qui entoure ces organes et les sépare du péritoine. Je n'énumérerai point en ce moment ces différentes tumeurs, j'en parlerai plus tard à l'occasion du diagnostic, quand il s'agira de les différentier de celles dont nous allons parler.

On rencontre quelquefois dans le petit bassin une espèce de tumeurs dont la description n'a pas encore été faite, et dont cependant il existait quelques observations, je veux parler de tumeurs formées par des épanchements sanguins, et situées dans le fond de l'excavation pelvienne, au-dessous du péritoine, entre l'utérus, le vagin et le rectum. Elles ne sont peut-être pas aussi rares qu'on pourrait le croire au premier abord, d'après le silence que gardent sur elles les auteurs; on les aura souvent confondues avec une maladie qu'on rencontre assez fréquemment dans cette région, les kystes de l'ovaire, avec lesquels elles ont, du reste, la plus grande analogie.

J'ai eu l'occasion d'observer cette année, à l'hôpital Saint-Louis,

plusieurs malades affectées de tumeurs de ce genre, qui ont été diagnostiquées d'une manière précise; j'ai alors cherché s'il n'en existait pas d'autres exemples, et j'ai vu qu'en effet on en avait observé et publié quelques-uns. M. le professeur Laugier, dans le 5e volume du *Dictionnaire de médecine*, rapporte l'observation d'une femme opérée avec succès par M. Récamier d'une de ces tumeurs sanguines; M. H. Bourdon, dans son *Mémoire sur les tumeurs fluctuantes du bassin*, publié dans la *Revue médicale* de 1841, rapporte un fait également observé dans le service de M. Récamier. M. le professeur Velpeau, dans le 4e volume de sa *Médecine opératoire*, parle d'une femme qu'il a guérie d'une vaste tumeur sanguine du bassin par une incision pratiquée dans le vagin. Enfin deux de mes collègues m'en ont communiqué plusieurs autres; l'un m'a été communiqué par M. Piogey; il avait été publié déjà dans le bulletin de la Société anatomique de mars 1850; je dois enfin les autres faits que je possède à mon excellent collègue et ami M. le Dr Juteau, de Chartres, qui a observé les malades à Saint-Antoine.

Je n'ai pas la prétention de donner une histoire complète de cette maladie; j'ai voulu seulement éveiller l'attention sur ce point et faire remarquer que certaines tumeurs, qu'on a dû prendre pour des kystes de l'ovaire, pouvaient n'en pas être; que, dans certains cas, ces tumeurs, qui n'auraient pas été jugées opérables pour qui en eût ignoré la nature, ont été opérées avec succès et ne se sont pas reproduites, comme on pourra le voir dans des observations dans lesquelles on a examiné les malades plusieurs années après l'opération.

Je me bornerai donc à rapporter les différentes observations des faits que j'aurai pu recueillir, à rapprocher ces faits entre eux, à tâcher de les différentier des autres tumeurs du bassin, et à indiquer le traitement qu'il est préférable d'employer.

Avant de donner la description des symptômes observés chez les différents malades, je vais rapporter dans tous ses détails une observation de tumeur sanguine que j'ai recueillie dans le service de M. Nélaton, où je suis attaché comme interne.

1re OBSERVATION.

Tumeur sanguine du bassin, incision de la tumeur par le vagin ; guérison.

Le 27 avril 1850, est entrée, salle Sainte-Foy, n° 15, à l'hôpital Saint-Louis, la nommée Aubry, âgée de trente-six ans, marchande de poissons ambulante. Cette femme, d'une bonne constitution, n'a jamais eu de maladie qui l'ait obligée de s'aliter; réglée à seize ans, la menstruation s'établit avec difficulté ; mariée deux ans après, elle fut, depuis cette époque, presque continuellement ou enceinte ou nourrice ; elle a eu quatorze enfants, dont trois seulement survivent. Depuis sa dernière couche, qui eut lieu il y a deux ans et demi, elle fut parfaitement réglée, ce qui ne lui était pas encore arrivé ; les règles ne duraient que deux jours. Il y a deux mois, à la suite de ses règles, elle éprouve sans cause appréciable une métrorrhagie qui dure vingt et un jours; la perte n'était pas telle, cependant, qu'elle fût obligée de garder le lit; elle put même continuer son commerce, quoique, dit-elle, elle salît plusieurs serviettes par jour. La métrorrhagie s'arrête, et le lendemain elle éprouve un malaise considérable, accompagné de perte de l'appétit, de vives douleurs dans l'abdomen, sentiment de pesanteur dans le bas-ventre; la grande faiblesse qu'elle éprouve l'oblige à rester couchée; elle maigrit beaucoup. Constipation opiniâtre; elle n'obtient de garde-robes qu'à l'aide de lavements et de purgatifs. Tous les deux ou trois jours il s'écoulait encore par la vulve du sang, mais en petite quantité. Son ventre, qui jusqu'alors, assure-t-elle, était parfaitement souple, avait augmenté de volume depuis la cessation de la métrorrhagie; elle s'aperçoit qu'elle porte dans le bas du ventre une tumeur d'abord peu volumineuse, mais qui s'accroît de jour en jour. Après avoir pendant quelque temps fait usage, chez elle, de cataplasmes laudanisés et de bains, elle entre à l'hôpital le 27 avril, et présente l'état suivant :

La face est pâle, mate, amaigrie; faiblesse considérable; le ventre

est tuméfié, douloureux à la pression ; décubitus dorsal, cuisses fléchies sur l'abdomen ; les moindres mouvements exaspèrent la douleur abdominale; anorexie, pas de vomissements, constipation, soif vive ; la peau est chaude, le pouls est faible, peu fréquent. On sent en palpant l'abdomen, et surtout à droite, une tumeur volumineuse remontant du pubis jusqu'à l'ombilic, et occupant la fosse iliaque de ce côté ; elle s'étend jusqu'à 3 centimètres à gauche en dehors de la ligne blanche ; la fosse iliaque gauche est libre: Cette tumeur est peu mobile et paraît comme enclavée dans le petit bassin ; les parois abdominales n'y adhèrent pas et glissent sur elle. A la percussion, elle donne un son mat dans toute son étendue ; la matité ne se continue pas avec celle du foie, il y a entre eux un espace occupé par l'intestin, et dans lequel on perçoit un son clair. L'auscultation pratiquée sur la tumeur ne fait entendre aucun bruit. Cette tumeur est arrondie, sans bosselures; sur sa partie antérieure, vers le milieu, elle présente une espèce d'étranglement qui paraît la diviser en deux parties; une inférieure, située au-dessus du pubis, et s'élevant de 12 à 13 centimètres ; puis au-dessus existe l'étranglement dont nous venons de parler, et qui forme un sillon qui admet très-bien l'extrémité des doigts ; on sent alors une nouvelle tumeur, qui remonte vers l'ombilic jusqu'à 6 centimètres environ du sommet de la première, de sorte que l'étendue du pubis à l'ombilic, la tumeur entière offre une hauteur de 19 centimètres environ. Sur les côtés, la première tumeur, qui paraît être l'utérus, est distincte de la tumeur située derrière elle, mais sans pouvoir être aussi bien délimitée qu'en haut ; il n'existe pas entre elles de sillon ; quant à la tumeur située derrière l'utérus, elle se continue sans délimitation avec celle de la fosse iliaque droite. Cette tumeur est dure, rénitente ; en pressant un peu fortement sur l'abdomen, ce qui fait beaucoup souffrir la malade, on perçoit de la fluctuation, mais d'une manière obscure. Par le toucher vaginal, on sent vers le fond du vagin, derrière sa paroi postérieure, une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une bille de billard environ ; si l'on cherche à la soulever, le mouvement

imprimé par le doigt est transmis à la main placée sur la tumeur abdominale. La paroi postérieure du vagin est refoulée en avant vers l'antérieure; le calibre de ce conduit est rétréci à tel point que c'est à peine si l'on peut introduire le doigt assez profondément pour explorer le col de l'utérus ; ce col est plus élevé que de coutume et appliqué contre la symphyse du pubis, il est légèrement dirigé à gauche ; le mouvement que lui imprime le doigt est transmis à la tumeur située au-dessus du pubis. Par le rectum, on sent également une tumeur lisse, arrondie, qui paraît plus volumineuse que par le vagin, elle applique l'une contre l'autre les parois de l'intestin, de sorte que le doigt est pressé contre le sacrum. Si l'on pratique en même temps le toucher vaginal et rectal, le pouce introduit dans le vagin, et l'index dans le rectum, la tumeur est saisie entre ces deux doigts, et l'on sent manifestement de la fluctuation ; de ce côté, du reste, la tumeur présente moins de consistance qu'à travers les parois abdominales. Il n'y a pas et il n'y a jamais eu de douleurs ni d'œdème dans les membres inférieurs. (Cataplasmes laudanisés sur l'abdomen; potion opiacée ; bains, lavement purgatif.)

Le 1er mai, après avoir introduit un speculum plein et découvert la tumeur, on fait sur la partie la plus saillante une ponction avec un long et gros trois-quarts droit, il s'écoule par la canule quelques cuillerées de sang liquide, noir ; alors, pour vider plus complétement la poche, on agrandit l'ouverture faite par le trois-quarts avec un lithotome simple, par une incision d'environ 3 centimètres, dirigée de haut en bas et parallèlement à l'axe du vagin ; le sang s'écoule alors en plus grande quantité, il est noir, épais, visqueux, semblable à de la mélasse. Le doigt, introduit par l'incision, constate que les parois de la poche ont 1 centimètre d'épaisseur. Il s'écoule une palette et demie de sang, la cavité est vide, la tumeur abdominale ne paraît pas cependant avoir diminué. Le doigt introduit plus profondément sent à la partie supérieure une nouvelle tuméfaction ; il existait deux poches dont une seule a été ouverte. Dans la journée, l'écoulement

sanguin continue en petite quantité, il sort en même quelques caillots par le vagin. (Cataplasme laudanisé; lavement.)

Le 2. Il n'est survenu aucun accident, la tumeur ne paraît pas avoir diminué; le ventre est seulement un peu moins tendu, moins douloureux au toucher; l'écoulement, toujours sanguinolent, est très-peu considérable; l'état général est le même. (Même prescription.)

Le 3. L'écoulement continue, mais il est formé par un liquide sanieux, fétide; à l'aide d'une grosse curette, on enlève quelques caillots commençant à se putréfier; on fait des injections avec de l'eau chlorurée, on les renouvela plusieurs fois dans la journée, afin de vider la poche du liquide fétide qu'elle contient. L'état général de la malade s'était un peu amélioré, l'appétit était revenu, elle mangeait déjà deux portions, lorsque le 7 mai, elle fut prise d'un léger frisson, la nuit se passa sans sommeil; le lendemain, la peau était chaude, le pouls fréquent, la face s'est de nouveau altérée; les douleurs abdominales, qui avaient diminué, sont aussi intenses, surtout à gauche de la tumeur; il existe en cet endroit une tuméfaction très-douloureuse; la tumeur paraît s'être portée légèrement de droite à gauche et avoir dégagé la fosse iliaque droite; l'écoulement est toujours fétide, il est moins abondant. On continue les injections chlorurées. (Cataplasmes, lavements, onctions mercurielles sur le ventre; bain d'une heure.)

Le 11. Hier, après le bain, la malade fut prise d'un frisson très-violent; nausées fréquentes; pas de vomissements. La peau est chaude, sèche; le pouls est petit, fréquent; le ventre est ballonné, douloureux; depuis deux jours, diarrhée, formée de matières liquides, jaunâtres. (Cataplasmes et lavements laudanisés; potion avec 30 grammes de sirop de morphine.)

Le 13. Sous l'influence de l'opium, la diarrhée cesse; les douleurs sont toujours très-vives, les nausées sont plus fréquentes et s'accompagnent de vomissements verts, porracés; nouveaux frissons, fréquence et petitesse considérable du pouls, face grippée. Hier, à la

suite de violentes coliques, elle perd une quantité assez considérable de sang, que l'on a recueilli dans un bassin; il est liquide, visqueux et noir, semblable à celui qu'on avait obtenu par l'incision; il paraît mélangé d'une petite quantité de pus. Il est sorti pendant la nuit quelques caillots par le vagin; l'hémorrhagie a duré toute la nuit; le volume de la tumeur abdominale ne paraît pas avoir diminué. (Onctions mercurielles; eau de Seltz; cataplasmes et lavements laudanisés.)

Le 14. Hier soir, nouvelle hémorrhagie, moins abondante; même état de l'abdomen; les vomissements continuent, moins abondants, toujours de même nature; le pouls est toujours très-petit, mais il présente moins de fréquence. (Même traitement.)

Le 16. Depuis le 13, il n'y a pas eu de nouvelle hémorrhagie, les vomissements ont cessé; l'abdomen est toujours tendu, mais il est moins douloureux; l'affaiblissement est toujours considérable, la maigreur extrême; plus d'écoulement dans le vagin; le doigt, introduit afin d'empêcher la cicatrisation de l'ouverture faite à la tumeur, et faciliter l'écoulement des liquides, pénètre facilement; la tumeur qui existait au fond du vagin s'est affaissée et a en partie disparu. (Même traitement.)

Le 20. Depuis plusieurs jours, les symptômes de péritonite qui s'étaient manifestés avaient disparu; mais, hier, elle fut prise de violentes coliques, de douleurs intolérables dans l'abdomen, de nausées; la diarrhée reparaît, les selles sont plus abondantes et n'ont plus le même aspect; au lieu d'être jaunâtres, comme précédemment, elles sont formées par un liquide d'une couleur noirâtre, au milieu duquel on voit disséminés de petits noyaux plus noirs et semblables à de petits caillots sanguins; la couleur noirâtre est due, en effet, à la présence du sang mélangé aux matières fécales; au moment de la défécation, la malade ressentait à l'anus un sentiment de brûlure. Les selles continuent à contenir du sang pendant deux jours, mais en moins grande quantité; aussi sont-elles moins foncées en couleur; l'abdomen est devenu plus souple, il est

à peine douloureux ; par le palper, on constate la diminution de la tumeur située derrière l'utérus, elle s'élève maintenant à peine au-dessus de lui, on ne sent plus entre eux le sillon qui les séparait ; du côté de la fosse iliaque droite, même diminution ; la face est toujours pâle, amaigrie ; léger appétit, plus de vomissements. Depuis quelques jours, elle éprouve une toux violente, râles sibilants, crachats muqueux, sonorité du thorax. (Julep diacodé ; on continue l'usage de l'eau de Seltz ; vin de quinquina, 60 grammes ; lavements laudanisés ; une potion.)

Le 26. Quoique la malade soit encore dans un grand état de faiblesse, les forces sont un peu revenues, la face est toujours pâle, le ventre est souple, indolent ; l'appétit augmente ; toujours un peu de diarrhée ; hier encore, trois selles liquides, toujours de même nature. La bronchite existe encore ; au sacrum, légère eschare, n'intéressant que la surface du derme dans une étendue de 2 centimètres.

L'amélioration fait ensuite de rapides progrès, les forces de la malade reviennent de jour en jour ; la face perd peu à peu sa pâleur, elle se colore ; l'appétit augmente ; la malade se lève ; les selles sont toujours liquides, une par jour seulement ; elles ne sont plus noirâtres, elles ont maintenant une couleur grise, due au mélange d'une certaine quantité de matière purulente, analogue à celle qui s'écoulait par le vagin quelques jours après l'opération. L'écoulement vaginal a tout à fait cessé ; la plaie faite par le lithotome n'est pas encore complétement cicatrisée ; l'abdomen n'est plus douloureux. La malade veut sortir, mais elle est obligée de rester quelques jours pour se guérir de la gale qu'elle a contractée pendant son séjour dans les salles.

Elle sort le 17 juin, dans l'état suivant : L'abdomen, dans toute son étendue, est parfaitement souple, indolent, il n'y a plus trace de tumeurs ; en enfonçant les doigts, même profondément, par le palper abdominal, on n'en sent plus aucune. L'utérus a repris sa position normale, le col s'est abaissé ; au-dessous de lui, on sent, à

la paroi postérieure du vagin, la cicatrice linéaire de l'incision qui a été pratiquée; dans le vagin, il n'y a, de même, plus la moindre tumeur. Il existe dans la paroi recto-vaginale un petit lipome de la grosseur d'une noix. La malade a repris un peu d'embonpoint, le teint est redevenu coloré; depuis quelque temps, elle restait levée toute la journée; les selles sont toujours liquides, elle n'en a qu'une seule par jour; elles ne présentent plus cette couleur noirâtre, elles sont jaunes, et ne contiennent ni pus ni sang. Quinze jours après sa sortie, elle revient à l'hôpital; sa santé ne s'est pas dérangée.

J'ai revu cette malade au commencement de ce mois; elle a pris un embonpoint considérable, la face est fortement colorée; elle a, quelque temps après sa sortie de l'hôpital, repris ses occupations, qui sont très-fatigantes, et jamais depuis elle n'a été indisposée. Les règles ont reparu deux mois après sa sortie; depuis elles sont toujours venues aussi régulièrement qu'avant sa maladie. La tumeur ne s'est pas reproduite.

Symptômes et marche. — Dans la plupart des observations que nous rapportons, on a observé chez les malades des symptômes précurseurs; au bout de quelques jours de malaise, qu'elles ne savent à quoi attribuer, après avoir eu jusqu'alors leurs règles avec assez de régularité, elles voient survenir des troubles dans la menstruation; ou bien les règles se suppriment tout d'un coup, ou bien, au contraire, il survient une métrorrhagie plus ou moins abondante, qui, chez quelques-unes, a duré plusieurs semaines; chez d'autres, la quantité de sang qui s'écoule est moins grande et ne dépasse pas celle du flux menstruel normal, mais l'hémorrhagie revient tous les deux ou trois jours; puis l'écoulement sanguin disparaît, et il survient alors des douleurs dans l'abdomen, et surtout dans le bas-ventre; les malades éprouvent dans cette partie la sensation d'un poids considérable et d'un corps qui tendrait à sortir par le vagin; les douleurs augmentent, et deviennent quelquefois assez vives pour forcer les malades à s'aliter; les moindres mouvements sont

douloureux. On observe en même temps des troubles dans les autres fonctions; il y a une perte complète de l'appétit, des nausées, des vomissements bilieux, la soif est vive, les malades se plaignent d'une constipation opiniâtre qu'on ne peut vaincre qu'à l'aide de lavements et de purgatifs; le pouls est fréquent, mais généralement il est peu développé. Au bout de quelques jours, la faiblesse des malades devient considérable; chez quelques-unes, on observe un amaigrissement rapide, la face est pâle, mate, anxieuse, les traits sont altérés, les chairs deviennent molles et flasques, la peau présente la teinte que l'on remarque chez les individus après une hémorrhagie abondante; toutes les fonctions enfin sont dans un état de lenteur marquée. Quelques-unes s'aperçoivent que leur ventre a augmenté de volume, et en portant la main vers leur région hypogastrique, elles constatent qu'il existe en ce point une tumeur dure, très-douloureuse, qui n'existait pas, assurent-elles, avant l'apparition des symptômes qu'elles viennent d'éprouver. D'autres, au contraire, ignorent la présence de cette tumeur, et lorsqu'on la leur a fait constater avec la main, elles ne peuvent dire depuis combien de temps elle est survenue; elles se plaignent seulement de la sensation d'une pesanteur considérable dans le bas-ventre.

Chez d'autres malades cependant il n'est survenu aucun trouble dans la menstruation, elles n'ont pas eu de métrorrhagie, elles sont prises, sans causes appréciables, de malaise, auquel succèdent bientôt les symptômes généraux que nous venons d'énumérer.

C'est arrivées à ce degré de la maladie qu'elles sont venues à l'hôpital réclamer des soins. Après avoir observé les symptômes généraux que nous venons d'indiquer, si l'on porte son attention vers l'abdomen, après avoir eu soin de vider la vessie et le rectum pour éviter des causes d'erreur, on voit que l'abdomen est ballonné, tendu, convexe, douloureux; les malades conservent le décubitus dorsal, les cuisses fléchies sur le bassin; le palper hypogastrique, lorsqu'on peut le pratiquer, ce qui est quelquefois impossible à cause de la douleur, fait constater une tumeur située dans le petit bassin

et ne dépassant pas le détroit supérieur ; d'autres fois, au contraire, elle est plus volumineuse, et s'élève vers l'ombilic en se portant de préférence vers la fosse iliaque droite. Cette tumeur est lisse, arrondie, sans bosselures, pouvant parfaitement se délimiter dans toute sa circonférence, excepté en bas, où elle s'enfonce dans l'excavation pelvienne ; elle présente, en général, peu de mobilité, elle est comme enclavée dans le petit bassin, les parois abdominales glissent sur elle sans y adhérer, sa consistance est assez grande, on peut quelquefois sentir de la fluctuation en cherchant à percevoir ce signe à travers les parois abdominales. La percussion donne un son mat dans toute son étendue, et autour d'elle un son tympanique, dû à la présence des intestins distendus par des gaz. L'auscultation, pratiquée sur la tumeur, ne fait entendre aucun bruit ; cependant, si la tumeur était volumineuse, on pourrait entendre un bruit de souffle qui serait dû à la compression des vaisseaux par la tumeur ; mais, dans aucun de nos cas, on n'a observé ce bruit de souffle. Les douleurs sont le plus souvent trop vives pour permettre cet examen, qui, du reste, ne serait pas suffisant pour le diagnostic, surtout lorsque la tumeur est encore située dans l'excavation pelvienne et qu'elle ne s'est pas élevée au-dessus du détroit supérieur ; il faut alors pratiquer le toucher vaginal, qui donne des signes bien plus positifs.

L'introduction du doigt dans le vagin fait constater, au fond de ce conduit, à sa paroi postérieure, entre l'utérus et le rectum, une tumeur qui s'avance d'autant plus près de l'orifice vulvaire qu'elle est plus volumineuse ; quelquefois elle n'est séparée de cet orifice que de quelques centimètres ; elle est lisse, arrondie, moins consistante que celle que l'on sent à travers les parois de l'abdomen ; aussi la fluctuation y est-elle plus évidente, d'un volume variable depuis celui d'un gros œuf d'oie jusqu'à celui du poing ; on n'y sent aucun battement ni de mouvement d'expansion ; plus le volume est considérable, plus la paroi postérieure du vagin est repoussée en avant, vers l'antérieure ; le calibre de ce conduit est rétréci, et quel-

quefois à tel point, qu'on peut à peine introduire l'index entre les deux parois vaginales pour aller explorer le col de l'utérus. L'utérus n'a pas conservé sa position normale; la tumeur, en s'accroissant, l'a soulevé vers l'abdomen, de sorte que l'on peut souvent sentir le corps utérin au-dessus du pubis; le col est appliqué derrière et parallèlement à la symphyse, et quelquefois tellement haut, qu'on peut à peine l'atteindre avec le doigt, bien que la tumeur permette son introduction dans le vagin. Cette ascension de l'utérus vers l'abdomen, par suite de l'accroissement de la tumeur, se conçoit bien, si l'on considère que le péritoine est uni au corps de l'utérus par un tissu cellulaire d'autant plus dense et résistant qu'il est plus rapproché du fond de cet organe, tandis qu'en bas et sur les côtés, le tissu cellulaire est très-lâche et très-extensible; l'épanchement sanguin, augmentant de volume, est arrêté par les adhérences du péritoine au fond de l'utérus, et il le soulève vers l'abdomen; si ces adhérences n'étaient pas aussi intimes, le péritoine serait décollé comme dans le cul-de-sac recto-utérin, et la tumeur, en s'accroissant, pourrait venir faire saillie au-dessus du pubis, en se plaçant entre les parois abdominales et le péritoine qui les recouvre; l'utérus conserverait alors sa position naturelle, il serait seulement un peu refoulé, d'arrière en avant, par la compression de la tumeur. Quant à la déviation de la tumeur vers la fosse iliaque droite, que nous avons presque toujours remarquée dans nos observations, ne serait-elle pas due à la même cause que la grande fréquence de l'obliquité latérale droite de la matrice pendant la grossesse? Cette cause est attribuée généralement, pour la grossesse, à la présence dans le rectum et l'*S* iliaque d'une grande quantité de matières fécales, due à la constipation habituelle des femmes enceintes, constipation que nous avons observée également chez les malades affectées de tumeurs sanguines.

Si l'on introduit le doigt dans le vagin, et qu'on cherche à soulever la tumeur qui vient y faire saillie, lorsque cette tumeur a dépassé le détroit supérieur, le mouvement imprimé par le doigt est

transmis à la main, placée sur la tumeur qui s'élève dans l'abdomen. Lorsque le col de l'utérus n'est pas trop élevé, et qu'on peut encore l'atteindre, si on lui imprime des mouvements d'élévation avec le doigt, ils seront transmis au corps de l'utérus qui dépasse le pubis; on pourra quelquefois constater que ces mouvements sont indépendants de ceux qu'on a transmis à la tumeur; mais le plus souvent cela est très-difficile. Quand la tumeur est très-volumineuse, qu'elle s'élève dans l'abdomen vers l'ombilic, et qu'elle a entraîné l'utérus avec elle dans son mouvement d'ascension, elle n'est pas régulière à la face antérieure; elle paraît formée de deux parties, une plus petite, située immédiatement au-dessus du pubis, et formée par le corps de l'utérus; puis, plus haut, une autre qui est séparée de la première par un sillon, et qui s'élève d'autant plus dans l'abdomen que son volume est plus considérable.

On peut, en cherchant à constater la mobilité de ces tumeurs, à l'aide des mouvements imprimés par le doigt, percevoir de cette manière de la fluctuation; mais ce signe est bien mieux perçu; en introduisant dans le vagin l'index et le médius, en appliquant ces deux doigts sur la tumeur, et en la pressant alternativement avec chacun d'eux; il est encore un autre procédé par lequel on pourra facilement reconnaître si la tumeur est fluctuante, c'est en pratiquant simultanément le toucher vaginal et le toucher rectal. Par le rectum, le doigt fait constater également une tumeur arrondie, située au-dessous du vagin, entre cet organe et la paroi antérieure du rectum, qu'elle applique en arrière contre la paroi postérieure, de manière à rétrécir l'intestin. De ce côté, on peut faire remonter le doigt sur une plus grande étendue de cette tumeur, qui offre, par le toucher, les mêmes caractères que celle qui existe dans le vagin. En introduisant le pouce et l'index de la main droite, le premier dans le vagin et le second dans le rectum, on saisit la tumeur entre ces doigts: on peut mesurer son diamètre antéro-postérieur et mieux juger de son degré de consistance; mais c'est de cette manière que

l'on peut percevoir le plus distinctement la fluctuation, en pressant et relâchant alternativement l'un des doigts, et en renvoyant ainsi, de l'un à l'autre, le flot du liquide. Si enfin la fluctuation était encore douteuse, même après avoir employé ce procédé, on pourrait faire dans la tumeur une ponction exploratrice.

Lorsque ces tumeurs présentent un volume considérable, elles peuvent, par la compression qu'elles exercent sur les organes voisins, amener des troubles dans leurs fonctions. Nous avons déjà vu que la constipation était constante ; elle est due à la compression de la tumeur sur le rectum; la miction des urines est quelquefois rendue impossible par la compression de la vessie par l'utérus sur la symphyse pubienne : on est alors obligé de sonder la malade ; d'autres fois l'utérus, quoique pressant moins fortement sur la vessie, excite ses contractions, et les malades sont tourmentées par des envies incessantes d'uriner. Dans les observations que nous avons recueillies, on n'a jamais observé, quels qu'aient été le volume de la tumeur et la compression. que par conséquent elle devait exercer sur les parties environnantes, on n'a jamais observé ces douleurs ni ces engourdissements dans les membres inférieurs, qui sont dus à la compression des nerfs, comme cela arrive si fréquemment dans les autres tumeurs du bassin; jamais non plus, il n'est survenu d'œdème dans les extrémités inférieures, ni d'épanchement dans la cavité abdominale.

La marche de cette maladie sera toute différente selon que l'on donnera issue au liquide renfermé dans la poche sanguine, peu de temps après sa formation, ou selon qu'on se contentera de combattre les phénomènes généraux auxquels elle donne naissance. Après l'incision de la tumeur, on voit s'amender immédiatement les symptômes généraux qui paraissaient si graves. La douleur abdominale est un des premiers qui disparaissent ; le ventre devient moins tendu, moins volumineux ; les vomissements cessent, les garde-robes se rétablissent, l'appétit et les forces reviennent, et peu à peu la malade recouvre la santé. Mais il est survenu, dans presque

toutes nos observations, un accident qui a retardé de quelques jours la guérison ; après avoir évacué le liquide sanguin que contenait la tumeur, les parois de celle-ci ne reviennent pas toujours sur elles-mêmes ; à mesure que le liquide s'écoule, l'air alors pénètre dans cette cavité, l'enflamme, puis, il ne tarde pas à survenir une décomposition du sang liquide et des caillots qui restent accolés aux parois ; décomposition dont on s'aperçoit de suite à l'odeur fétide, à la couleur sanieuse et ichoreuse de l'écoulement. La matière de cet écoulement, examinée au microscope, a été trouvée composée de détritus, de fibrine, et de globules sanguins déformés. Il faut alors, comme nous l'indiquerons au traitement, insister sur les injections émollientes d'abord, puis chlorurées, pour déterger ce foyer en suppuration, et n'y pas laisser séjourner les liquides putréfiés, ce qui pourrait amener chez les malades des symptômes graves d'infection putride, qui ne tarderaient pas à les enlever.

Quelquefois l'abdomen ne s'affaisse qu'en partie ; malgré l'incision de la tumeur et l'évacuation de son contenu, il reste presque aussi volumineux ; les symptômes généraux persistent ou sont à peine diminués. Il faut alors introduire le doigt à travers l'incision, et voir s'il n'existait qu'une seule tumeur ; on pourrait, comme on l'a vu dans l'observation qui précède, rencontrer une autre tumeur au-dessus de la première, ce qui expliquerait la persistance des symptômes généraux, jusqu'à l'incision de la nouvelles tumeur qu'on aurait à pratiquer pour les faire cesser.

Si l'on tarde trop longtemps à donner issue au liquide, outre l'aggravation des symptômes généraux causée par la présence de la tumeur, cette dernière pourra, par son voisinage, amener l'inflammation des organes contenus dans le petit bassin, s'enflammer elle-même, contracter des adhérences avec ces organes ; puis il surviendra des ulcérations par lesquelles le liquide se fera jour, et par suite des épanchements soit dans le péritoine, soit dans les autres organes pelviens. Les abcès du bassin s'ouvrent, on le sait, plus fréquem-

ment dans le rectum que dans les autres organes ; dans une de nos observations, on a vu également une tumeur sanguine s'ouvrir et se vider par l'intestin, ce qui n'a pas empêché la guérison de la malade. Mais il n'en est pas toujours ainsi ; si le liquide s'épanchait dans la cavité péritonéale, il surviendrait une péritonite d'autant plus promptement mortelle, que la faiblesse des malades empêcherait de la combattre par des moyens actifs. Si le rectum ou la vessie étaient perforés, les matières fécales ou l'urine pourraient pénétrer dans la cavité de la tumeur, se mélanger avec le sang qu'elle contient, amener plus promptement sa putréfaction, et causer de graves accidents ; cependant on a vu rarement, à la suite d'abcès du bassin ouverts dans le rectum, les matières fécales pénétrer dans le foyer purulent. Quelquefois enfin les malades se présentent avec des symptômes d'une péritonite arrivée à un degré tel, qu'on ne peut songer à pratiquer l'opération, et qu'une terminaison funeste est inévitable.

En résumé, voici les symptômes qu'on a observés chez les malades affectées de ces tumeurs sanguines : troubles dans la menstruation, suppression des règles, et plus souvent métrorrhagie quelquefois abondante, dont la cessation est suivie de violentes douleurs dans l'abdomen, de fièvre, de nausées, de vomissements bilieux, de constipation opiniâtre ; au bout de quelque temps, faiblesse considérable, amaigrissement rapide, état anémique des malades ; puis apparition dans la région hypogastrique d'une tumeur plus ou moins volumineuse, s'élevant de l'excavation pelvienne vers l'abdomen, quelquefois jusqu'à l'ombilic, soulevant l'utérus au-dessus du pubis ; cette tumeur est arrondie, globuleuse, sans bosselures ; constatation par le toucher vaginal de la portion de cette tumeur située dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, entre l'utérus, le vagin et le rectum ; sa consistance est moins grande dans le vagin, on n'y sent pas de battements, elle est fluctuante ; la fluctuation, obscure à travers les parois de l'abdomen, est le plus souvent évidente par le toucher vaginal, surtout si on pratique en même temps le toucher

par le rectum ; cette tumeur est formée par un épanchement sanguin , situé dans le tissu sous-péritonéal de l'excavation pelvienne.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Nous avons deux observations dans lesquelles on a pu constater les altérations anatomiques : l'une est celle qui a été publiée par mon collègue Piogey, l'autre a été recueillie à l'hôpital Saint-Louis par mon collègue et ami M. le Dr Juteau , qui a bien voulu me communiquer les détails et les pièces anatomiques. On verra que, dans ces deux cas, la nature de la tumeur était bien la même, qu'elle était formée par un épanchement sanguin considérable; mais il existait entre elles, surtout par rapport au siége, des différences sur lesquelles nous reviendrons, lorsque, après avoir donné ces deux intéressantes observations, nous résumerons les altérations anatomiques que l'on aura rencontrées.

IIe OBSERVATION.

Tumeur sanguine située entre le rectum et l'utérus.

Marie-Louise C..., vingt-sept ans, dévideuse, entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 16, le 29 janvier 1850. Cette femme est d'une bonne constitution et d'une bonne santé habituelle; elle fut réglée à quatorze ans, la menstruation s'établit sans difficulté, les règles duraient six à sept jours ; quelques jours avant et après les règles, leucorrhée peu abondante, qui n'existait pas dans l'intervalle des règles. Première grossesse à seize ans et demi : depuis elle a eu cinq autres enfants , le dernier il y a deux ans ; toutes ses couches furent heureuses, elle n'en allaita aucun. Dans l'intervalle des grossesses, les règles n'ont jamais reparu ; cependant, deux mois après le dernier accouchement, elles revinrent, et depuis lors elles ont toujours été régulières , elles duraient six à sept jours.

Depuis cinq mois, elle était employée à des travaux pénibles , portait de lourds fardeaux ; il y a environ un mois, sans cause connue, elle éprouva une vive douleur dans le bas-ventre et fut obligée de

s'aliter, tout mouvement était douloureux. On lui applique des cataplasmes et vingt sangsues, potion opiacée; elle n'éprouve aucun soulagement. Ses règles étaient passées depuis huit jours seulement, et cependant il se fit par la vulve un écoulement sanguinolent; depuis cette époque, la perte, qui était peu abondante, a été presque continue, interrompue seulement par des intervalles de quelques jours et remplacée alors par une leucorrhée abondante. Au bout de trois semaines, les coliques augmentèrent, la défécation devint impossible sans lavements, l'émission des urines douloureuse, anorexie; vomissements bilieux, fréquents; soif vive, faiblesse très-grande; elle se fait transporter à l'hôpital Saint-Louis, où elle arrive dans l'état suivant :

La peau est d'un blanc jaunâtre, les muqueuses sont décolorées, les chairs flasques; amaigrissement considérable depuis le début de la maladie; elle vomit toutes les boissons qu'elle prend. Pression hypogastrique très-douloureuse; le ventre est tendu, ballonné, douloureux; à l'hypogastre, dans une hauteur de 8 centimètres à partir du pubis, matité qui s'étend transversalement dans une étendue de 12 centimètres environ, elle dépasse la ligne médiane de 3 centimètres à droite, et de 9 centimètres à gauche; après avoir sondé la malade, il existe encore de la matité dans une hauteur de 5 centimètres; on avait retiré 450 grammes d'urine. La peau des parois abdominales est tendue, la douleur rend impossible la dépression des parois du ventre, et empêche la palpation du petit bassin. Par le toucher vaginal, on rencontre le col de l'utérus, situé en haut sous la symphyse du pubis et un peu à droite; le col est sain, sa lèvre antérieure est presque immédiatement en contact avec le pubis, on ne peut introduire le doigt entre eux; la lèvre inférieure, amincie, semble faire suite à une tumeur située dans le cul-de-sac utéro-rectal. Le doigt, porté en ce point, rencontre une tumeur lisse, arrondie, du volume d'une bille de billard; cette tumeur est dure à sa partie inférieure, molle à la supérieure; le doigt ne peut ni la refouler en haut ni la déplacer latéralement; le tou-

cher augmente la douleur ; la saillie inférieure de la tumeur descend à 9 centimètres de l'orifice vulvaire.

Par le rectum, le doigt rencontre une tumeur arrondie, déprimant sa paroi antérieure, l'accolant contre la postérieure, et déterminant en ce point un rétrécissement considérable du rectum ; le toucher pratiqué en même temps par le rectum et le vagin, la tumeur paraît fluctuante. La défécation est impossible, pas de selles depuis cinq jours; miction fréquente, douloureuse ; pouls à 90, mou, dépressible ; respiration un peu accélérée, pas de bruit anormal dans le thorax. (Cataplasme, eau de Sedlitz, bouillons froids.)

Le 30, le purgatif n'a pas agi ; mêmes douleurs, vomissements bilieux, rétention des urines, respiration accélérée, pouls à 110 ; ventre ballonné, très-douloureux ; abattement considérable, soif vive. (Potion opiacée 0,10, eau de Seltz, glace, lavement purgatif.)

Le 1[er] février on se décide à opérer la malade. Le speculum introduit, à l'aide d'une forte érigne qu'on enfonce dans la lèvre inférieure du col, on amène ce col à l'orifice vulvaire, puis à l'aide de ciseaux droits on pratique une incision sur les commissures gauche et droite du col. On croyait avoir affaire à une tumeur siégeant dans la paroi postérieure de l'utérus. Après plusieurs coups, le museau de tanche est divisé dans toute son étendue; le chirurgien introduisit son doigt dans la cavité du col, il sentit quelque chose se détacher ; pensant à énucléer la tumeur, il donna un nouveau coup de ciseau à la face postérieure du col et du corps de l'utérus ; mais bientôt il sortit une quantité assez considérable de sang noir coagulé d'une consistance de gelée de groseilles, et complétement inodore. A l'aide d'une cuiller on retire environ 2 livres de ces caillots, dont les uns, plus consistants, siégeaient à la périphérie, étaient résistants et composés de fibrine. Après l'issue de ces caillots, le doigt porté dans la plaie pénètre dans une cavité profonde, distincte de la cavité utérine, car une sonde de femme introduite dans cette dernière cavité, ne pénètre pas dans la cavité accidentelle. Le toucher vaginal fait constater que le col de l'utérus est moins pressé contre

le pubis, sa lèvre antérieure est entière, on ne retrouve plus la postérieure qui a été divisée. (Injections tièdes, cataplasmes.)

Le 3 février, après l'opération, il était survenu un suintement sanguin qui a cessé ; la malade rend encore quelques caillots.

Le ventre est toujours douloureux, pas de garde-robes, plus de vomissements ; pouls petit, fréquent, 108 pulsations. Soif vive, anorexie ; rétention des urines, qui sont toujours claires et limpides. (Bouillons froids, lavement avec 30 grammes d'huile de ricin qui procure plusieurs selles.)

Les jours suivants la faiblesse de la malade est toujours très-grande, le ventre est toujours douloureux, les vomissements surviennent de nouveau ; il s'écoule par le vagin des matières sanieuses, putrides, mélangées de sang et de pus. (On continue les injections tièdes, bain entier d'une heure.)

Le 12. Hier la malade est restée une demi-heure au bain, c'est le troisième qu'elle prend depuis l'opération ; on lui fit dans le bain 3 injections. Une demi-heure après sa sortie, elle fut prise d'hémorrhagie ; on appela M. Juteau, qui constata que la vulve et le vagin étaient remplis de sang ; il y en avait aussi environ quatre palettes dans les alèzes. Le pouls est petit, à 98 ; la face est pâle, la faiblesse extrême ; l'hémorrhagie, s'arrête d'elle-même au bout de quelques instants. La malade n'a pas perdu de sang dans son bain, l'eau n'était pas rougie. (Compresses froides sur les cuisses, potion avec 2 grammes de seigle ergoté.)

Le lendemain elle fut prise d'un érysipèle de la face, qui commença par le dos du nez ; l'écoulement des matières fétides par le vagin continue toujours.

Le 15 il survient une nouvelle hémorrhagie, qui lui fait perdre environ un verre de sang coagulé ; le pouls est petit, très-fréquent, de 140 à 150. L'abdomen est très-douloureux ; pendant la nuit elle a plusieurs syncopes, vomissements continuels ; l'érysipèle ne s'est pas étendu et a disparu.

Le lendemain elle eut encore une nouvelle hémorrhagie peu abon-

dante, et qui s'arrêta seule; elle succombe le 18 février, à cinq heures du matin; vers quatre heures, elle avait encore perdu quelques caillots.

Autopsie. — L'autopsie fut faite, avec le plus grand soin, vingt-huit heures après la mort. Pas de traces de putréfaction; les parois abdominales incisées en croix au niveau de l'ombilic, on trouve les intestins réunis en paquets par des fausses membranes; 200 gr. environ de liquide purulent épanché dans la cavité péritonéale; dans quelques points, on trouve des foyers purulents circonscrits. En décollant les intestins, on trouve une perforation du petit intestin à 30 centimètres du cœcum; cette perforation avait donné issue à une cuillerée environ de matières fécales qui s'étaient enkystées. Dans la fosse iliaque, à 3 centimètres au-dessous de la crête, une ouverture arrondie, pouvant permettre l'introduction du doigt, conduisait, en bas et en dedans, vers la ligne médiane, dans le foyer sanguin; en haut, elle conduisait dans un cul-de-sac qui s'arrêtait à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque. On désarticula l'os coxal du côté droit, afin de mieux examiner le siége précis de la poche sanguine; on vit alors une vaste poche, située entre l'utérus et le rectum, se prolongeant à gauche, jusque dans le cul-de-sac dont nous avons parlé, jusqu'à la partie supérieure de l'articulation sacro-iliaque gauche. Cette poche était remplie de caillots sanguins qu'on enleva par le lavage; les parois étaient tapissées par de la fibrine organisée, disposée en couches formant une enveloppe complète aux caillots sanguins. Cette cavité accidentelle communiquait directement avec le vagin; la lèvre inférieure du col de l'utérus, qui avait été séparée de l'organe pendant l'opération, restait unie à la paroi inférieure du vagin; la lèvre supérieure, au contraire, était unie à l'utérus. La matrice a son volume habituel; son corps est porté en haut, au devant du foyer sanguin, auquel il est complétement étranger. Les annexes de l'utérus étaient faciles à reconnaître

à droite et à gauche. En arrière de la tumeur, se trouvaient le rectum et la fin de l'*S* iliaque. On fit une injection dans l'artère iliaque primitive ; on vit alors le liquide suinter à la surface de la portion du col de l'utérus qui avait été divisée pendant l'opération ; en aucun point de la surface interne du kyste, on ne vit sourdre le liquide de l'injection. Des injections, poussées à plusieurs reprises dans les veines et les artères ovariques, firent passer la matière de l'injection par la partie du col incisé, jamais à la face interne de la poche sanguine. Une injection poussée dans l'aorte avait été sans résultat. L'utérus, du reste, les autres organes génito-urinaire, de même que les organes abdominaux et thoraciques, étaient sains.

L'observation de M. Piogey a été publiée dans les bulletins de la Société anatomique de mars 1850 ; je vais en donner un extrait.

IIIe OBSERVATION.

Tumeur fibrineuse contenue dans le ligament large du côté droit.

Élisa F..., âgée de vingt-sept ans, couturière, entrée, le 25 mars 1848, salle Sainte-Marie, n° 2, à l'hôpital Necker, est une femme d'une constitution délicate, lymphatique. Réglée à dix-huit ans seulement, elle se marie six mois après ; elle n'a jamais eu d'enfant ni de fausses couches. Au mois de juillet 1847, après une métrorrhagie qui dura trois semaines, la cavité abdominale fut le siége d'élancements et de douleurs très-vives, surtout à droite. Le 15 décembre suivant, à la suite des règles, qui durèrent cinq jours, au lieu de trois, nouvelles douleurs de l'abdomen à droite ; elles sont plus violentes, et la forcent à s'aliter ; à partir de ce moment, les règles sont supprimées ; des nausées, des vomissements, un malaise général, des appétits bizarres, firent soupçonner une grossesse commençante. Pendant le mois de février 1848, on fit deux applications de sangsues sur l'abdomen, afin de combattre les accidents inflammatoires. Elle entre à l'hôpital Necker le 25 mars.

Le jour de son entrée, la maigreur est extrême; la peau est d'une blancheur mate, jaunâtre; les yeux sont caves, la face grippée, le pouls donne 90 pulsations assez développées et régulières. Une tumeur volumineuse, à contours arrondis et réguliers, occupe le côté droit de la cavité abdominale; elle s'étend transversalement depuis l'épine iliaque antéro-supérieure droite jusqu'à 8 centimètres de la ligne blanche, et présente une largeur de 22 centim.; elle a 16 centim. dans le sens vertical, remonte jusqu'à l'ombilic, et descend jusqu'au pubis. Cette tumeur est dure, consistante, mais fluctuante cependant. La couleur, la chaleur, la constitution anatomique de la peau, n'offrent aucune modification pathologique; l'auscultation ne fait percevoir aucun bruit anormal; la percussion rend partout un son mat et uniforme. La position de la tumeur ne varie pas dans les changements de position du corps, et, malgré son volume, n'entrave pas la circulation des membres abdominaux.

Par le toucher vaginal, on reconnaît que le corps de l'utérus est déprimé et déjeté à gauche; le doigt, introduit dans le rectum, est comprimé entre le sacrum et la paroi postérieure de la tumeur. La fluctuation étant évidente, il faut donner issue au liquide.

Le 29 mars, afin de déterminer des adhérences entre la tumeur et la paroi abdominale, on applique le caustique de Vienne à 8 centim. en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure; on enlève l'eschare, et deux jours après, on fait une nouvelle application du caustique.

Le 5 avril, le caustique Filhos est substitué à la pâte de Vienne et appliqué quatre fois successivement, à plusieurs jours d'intervalle. On se proposait de faire une ponction ou tout au moins d'enlever l'eschare, afin de donner issue au liquide contenu dans la tumeur, lorsque, le 14 avril, dans la nuit, un liquide sanieux, sanguinolent et fétide, s'écoula spontanément par la plaie.

Le 15. Les parois abdominales sont moins tendues, mais la compression ne peut déterminer l'écoulement d'aucun liquide; la tumeur est cependant fluctuante. Le stylet, plongé dans la tumeur, pé-

nètre avec facilité au milieu d'un tissu mou, se laissant facilement déchirer.

Les jours suivants, le cataplasme qui recouvre le ventre est souillé par un liquide sanieux et ichoreux; le stylet pénètre jusqu'à une profondeur de 10 centimètres, et donne toujours la même sensation, qu'on pourrait comparer à celle qu'on obtiendrait en pénétrant entre deux morceaux de velours très-comprimés. Le microscope montre que le liquide qui s'écoule au dehors contient des détritus de fibrine et des globules de sang déformés. On se borne, dès le 20 avril, à la médecine des symptômes; les vomissements sont combattus par l'eau de Seltz, les boissons à la glace, la potion de Rivière; les opiacés sont encore administrés pour combattre les douleurs violentes dont l'abdomen est le siége; la maigreur devient excessive, la respiration stertoreuse, le pouls filiforme et irrégulier. La malade succombe le 30 avril.

Autopsie. — On la pratique trente-cinq heures après la mort. Des signes de péritonite générale sont trouvés dans la cavité abdominale; les feuillets pariétal et viscéral du péritoine adhèrent ensemble, au pourtour de l'orifice formé par le caustique, dans une étendue de 2 centimètres. La tumeur contenue dans les replis du ligament large du côté droit occupe toute la cavité du petit bassin, avec les parois duquel elle a contracté des adhérences très-fortes. Après avoir incisé le ligament large, il s'écoule de la sérosité sanieuse dans le bassin; à droite, la tumeur est appliquée sur les vaisseaux iliaques internes, qui ne lui fournissent aucun rameau; la trompe et l'ovaire du côté droit n'existent plus. La vessie est refoulée contre la symphyse du pubis, l'utérus est situé à la partie latérale gauche de la tumeur, à laquelle il adhère intimement. La dissection montre que les fibres utérines se prolongent sur la tumeur, et que celle-ci fait en partie saillie dans la cavité de l'utérus.

En étudiant la structure intime de cette tumeur, on trouve: 1° une enveloppe externe qui semble appartenir au ligament large; 2° un tissu mou, légèrement élastique, assez dense, composé de fibres

blanchâtres, contenant, dans leur intervalle, une substance rouge lie de vin, à demi liquide; au centre de cette masse, qui a à peu près 35 centimètres dans sa plus grande circonférence, existe une cavité dans laquelle il y a un liquide sanieux, très-épais, semblable, pour la couleur, à du chocolat; dans ce liquide, flotte une portion de tissu semblable au reste de la tumeur, et ayant la grosseur d'un œuf de poule; les parois de la cavité sont anfractueuses. A l'aide du microscope, on reconnaît que la fibrine forme la partie consistante de la tumeur, que le liquide contient des débris de fibrine et des globules de sang déformés.

On a pu remarquer la grande analogie qui existe entre les symptômes observés chez ces deux malades et ceux que nous avons constatés dans notre première observation. Chez elles, en effet, il survient une métrorrhagie qui dure plusieurs semaines; après que cette hémorrhagie a cessé, les règles se suppriment; puis il survient dans l'abdomen, et surtout dans la région hypogastrique, des douleurs très-violentes, la constipation est opiniâtre, l'émission des urines est difficile; puis, au bout de quelque temps, la faiblesse des malades devient considérable, l'amaigrissement est rapide, état anémique prononcé; enfin tous les phénomènes généraux que nous avions déjà observés, ainsi que la présence dans l'abdomen d'une tumeur fluctuante, qui vient faire saillie dans l'excavation pelvienne, entre le vagin, l'utérus et le rectum, et est formée par un épanchement sanguin considérable.

Dans les deux seules autopsies que nous possédions, on a trouvé, après avoir ouvert la cavité abdominale, les altérations anatomiques de la péritonite qui avait fait succomber les malades. Le petit bassin contient une tumeur volumineuse, qui remplit toute sa cavité, aux parois de laquelle elle semble adhérer; elle est appliquée sur les vaisseaux iliaques internes; on ne voit cependant pas de branches vasculaires se rendre à la tumeur. Elle est située dans le tissu cellulaire, au-dessous du péritoine, qu'elle a décollé dans le cul-de-sac utéro-rectal, là où le tissu cellulaire qui unit la séreuse aux organes

est lâche et extensible, mais vers le fond de l'utérus, le péritoine lui est intimement uni et n'a pu se décoller ; alors la matrice a été soulevée en totalité vers l'abdomen : aussi voit-on son corps dépasser la symphyse du pubis, contre lequel elle applique et comprime la vessie. Dans un des cas, l'utérus était tout à fait indépendant de la tumeur ; dans l'autre, au contraire, celle-ci lui adhérait et paraissait même s'être développée dans sa paroi la plus superficielle, puisque les fibres utérines semblaient se prolonger sur la tumeur.

Si l'on incise cette poche de dehors en dedans, on voit qu'elle contient dans son intérieur une cavité dans laquelle se trouve du liquide. Ses parois sont assez résistantes, elles ont une épaisseur de plusieurs centimètres ; elles sont formées par un tissu mou, élastique, composé de fibres blanchâtres disposées par couches sur les parois, et contenant dans leurs intervalles une substance noirâtre semi-liquide. L'examen microscopique a fait reconnaître que le tissu de la tumeur était formé par de la fibrine.

Dans l'intérieur de la cavité, se trouve une matière liquide, sanieuse. purulente, et très-fétide, qui offre tous les caractères de l'écoulement qui se faisait par la vulve pendant les derniers jours de la vie; quelquefois on voit isolés au milieu de ce liquide des caillots fibrineux ; examinée au microscope, on a constaté que cette matière liquide contenait des détritus de fibrine et des globules de sang déformés. Lorsque par le lavage on a évacué la cavité de la poche, on voit que ses parois, à la face interne, sont anfractueuses. Dans une des observations, on a noté que les ovaires et les trompes ne présentaient rien de particulier, et occupaient leur position normale à droite et à gauche de l'utérus ; dans l'autre, au contraire, on n'a pu retrouver la trompe et l'ovaire du côté droit ; ceux du côté opposé étaient sains. On a fait plusieurs injections dans les vaisseaux sanguins qui se rendent à l'utérus et à ses annexes, et, quoiqu'on ait poussé assez fortement ces injections, jamais on n'a pu faire pénétrer le liquide dans la cavité de la poche sanguine ; la matière de l'injection, dans l'observation de M. Juteau, venait suinter à la sur-

face de l'incision faite sur le col de l'utérus pendant la vie, incision qui avait divisé l'artère coronaire. — Souvent on trouvera aussi des altérations des organes voisins, dues à la présence de ces tumeurs, à leur inflammation; la vessie et l'intestin pourront s'être ulcérés et la poche sanguine communiquer avec eux; on pourra alors rencontrer, mélangées avec le liquide qu'elle contient, de l'urine ou des matières fécales.

Diagnostic. — Nous avons déjà vu combien étaient nombreuses et de nature diverse les tumeurs que l'on rencontrait dans l'excavation pelvienne; nous allons successivement passer en revue et chercher à différencier celles que l'on pourrait confondre avec les tumeurs sanguines. Nous nous occuperons d'abord des tumeurs formées par les organes contenus dans l'excavation, de celles qui siégent dans l'utérus, soit que cet organe ait été distendu par le produit de la conception, ou par une accumulation de sérosité, hydrométrie, ou par la rétention des règles; soit qu'il contienne une tumeur solide, fibreuse ou squirrheuse; soit que la tumeur ait été formée par un des déplacements si fréquents de cet organe. Puis nous examinerons ensuite les grossesses extra-utérines, et surtout la variété sous-péritonéo-pelvienne, les différents kystes de l'ovaire lorsqu'ils sont engagés dans l'excavation entre le rectum et l'utérus; la rétention des matières fécales dans le rectum, de l'urine dans la vessie. Parmi les tumeurs situées au-dessous du péritoine, nous aurons à diagnostiquer les différents abcès nés dans le tissu cellulaire pelvien ou qui ont fusé des parties environnantes, les anévrysmes des artères hypogastriques; puis enfin les tumeurs situées dans la cavité péritonéale, telles que les épanchements enkystés survenant à la suite de péritonites partielles ou chroniques, l'ascite, etc. On rencontre aussi dans le vagin quelques tumeurs que l'on pourrait confondre avec celles dont nous nous occupons, telles que des abcès, des kystes de toute sorte, différentes tumeurs développées dans la cloison recto-vaginale. Nous en parlerons en dernier lieu.

Au début, la grossesse ne pourra guère être confondue avec la tumeur sanguine, à cause des phénomènes observés du côté des mamelles, des différents troubles de la digestion, qui existent dans l'un et ne se rencontrent pas dans l'autre. Mais, à une époque plus avancée, vers la fin du quatrième mois, par exemple, lorsque l'utérus remonte près de l'ombilic ; alors, à cause de la suppression des règles qui existe également dans la tumeur sanguine, à cause de l'élévation de celle-ci au-dessus du pubis, lorsqu'elle est volumineuse, à cause de l'élévation du col de l'utérus vers l'abdomen qu'on rencontre dans les deux cas, l'erreur pourra être plus facile. Mais dans la grossesse, on ne sent pas de tumeur vaginale ; puis les signes certains de cet état physiologique ne tarderont pas à apparaître à cette époque, les mouvements actifs du fœtus indiqués par la mère, puis le ballottement qu'on pourra alors facilement percevoir ; enfin l'auscultation fera constater le bruit de souffle et surtout les battements du cœur du fœtus. Lorsqu'on pourra, à l'aide du speculum, découvrir le col de l'utérus, il fournira un très-bon signe, c'est la teinte vineuse qu'il présente lorsque la femme est enceinte. On observe ce phénomène à une époque encore peu avancée de la grossesse, quelquefois vers le deuxième ou troisième mois ; mais alors il est seulement borné au col ; ce n'est que plus tard, à mesure que la grossesse approche de son terme, qu'il gagne le fond du vagin, puis, de proche en proche, jusqu'à son orifice vulvaire et la vulve même. M. Marrotte m'a souvent fait constater, à l'hôpital de Lourcine, cette teinte du col dans les premiers mois de la grossesse, alors qu'il n'existait pas d'autres signes.

La grossesse extra-utérine, et surtout la variété sous-péritonéo-pelvienne, présentera de bien plus grandes difficultés pour le diagnostic. Dans ce cas, l'ovule, après avoir quitté la vésicule de l'ovaire, n'a pu pénétrer dans la trompe, il s'est glissé entre les deux feuillets du ligament large, et se développe dans ce point ; l'œuf est situé en dehors du péritoine, et séjourne principalement dans l'excavation pelvienne. Souvent il survient dans la grossesse extra-utérine.

comme dans la grossesse ordinaire commençante, des troubles des fonctions digestives, la suppression des règles, des modifications dans les mamelles, symptômes qui pourront faire présumer que la femme est enceinte, et que la tumeur située dans le petit bassin est formée par le produit de la conception ; mais souvent aussi aucun de ces phénomènes ne survient : le diagnostic alors est difficile.

Quelquefois encore il se forme, autour de l'ovule tombé dans l'excavation pelvienne, au moment où il vient se fixer sur un des organes voisins, une congestion dans ces organes; il peut alors survenir dans cette région des phénomènes inflammatoires, analogues à ceux que nous avons remarqués dans les tumeurs sanguines, et coïncidant avec une tumeur venant faire saillie dans le vagin ; les difficultés seront bien plus grandes encore pour établir le diagnostic. Bien d'autres symptômes peuvent encore faire confondre ces deux affections l'une avec l'autre. Que l'embryon continue à vivre et se développe, il soulèvera l'utérus vers l'abdomen, le col sera porté en haut derrière le pubis, on pourra sentir à travers les parois abdominales une tumeur de forme irrégulière, séparée, comme dans notre première observation, en deux parties, dont l'une sera formée par l'utérus, l'autre par la grossesse anormale qui soulèvera cet organe. Le toucher fera reconnaître la vacuité de l'utérus ; on pourra, s'il n'est pas trop élevé, constater qu'il n'est pas survenu de changements dans le col. Si le kyste qui contient le produit de la conception venait à se rompre, il y aura, outre les symptômes de péritonite, des symptômes d'une métrorrhagie abondante, analogues à ceux que nous avons observés dans nos faits. Cependant, quand le produit aura atteint un développement considérable, que le fœtus sera vivant, les mouvements actifs et passifs, et surtout, comme pour la grossesse ordinaire, les doubles battements du cœur du fœtus, viendront éclairer le diagnostic. La fluctuation est plus évidente dans la tumeur sanguine, surtout dans sa portion qui proémine dans le vagin; quelquefois aussi, dans le cas de grossesse extra-uté-

rine, on pourrait constater, par le toucher vaginal, les différentes parties du fœtus, surtout la tête, et percevoir le ballottement. Mais ce qui fera surtout diagnostiquer les tumeurs sanguines des grossesses extra-utérines, c'est la marche des premières, l'apparition, après les symptômes indiqués, d'une tumeur survenant subitement dans le bas-ventre, et dont le volume, augmentant rapidement, ne tarde pas à venir faire saillie au-dessus du pubis; dans la grossesse extra-utérine, si le produit est vivant, la marche est la même que pour la grossesse ordinaire; s'il est mort, la tumeur reste stationnaire, et peut séjourner dans le bassin pendant de longues années sans causer d'accidents. Quand le kyste formé par une grossesse extra-utérine s'ouvre dans un des organes que contient l'excavation, ou lorsqu'on incise ce kyste, on trouve au milieu du sang qui s'écoule des portions de fœtus : jamais dans les tumeurs sanguiues il n'en a été ainsi. Mais, comme on a pu le voir, il y a de nombreuses causes d'erreur, et le diagnostic de ces deux affections est très-incertain et sera souvent fort difficile à porter.

L'hydrométrie est une affection qui est très-rare, et dans laquelle l'utérus présente la forme d'une tumeur régulièrement arrondie, bien limitée, naissant de la partie inférieure du ventre, et s'élevant graduellement vers l'ombilic; lorsqu'elle est encore peu volumineuse et que l'utérus est encore contenu dans l'excavation, il fait dans le vagin une saillie sur laquelle on peut sentir de la fluctuation. Tous ces symptômes peuvent se rencontrer dans les tumeurs sanguines; mais dans l'hydrométrie, la tumeur est formée par l'utérus, on ne distingue pas de tumeur indépendante de cet organe, comme dans la grossesse extra-utérine et la tumeur sanguine; le doigt qui le soulève ne peut lui faire exécuter des mouvements indépendants, et puis il n'existe pas de symptômes généraux, la marche et le développement de la tumeur sont aussi tout différents. Quant à la tympanite utérine, la percussion la fera facilement reconnaître ; elle est, du reste, encore plus rare que la précédente.

Les tumeurs de diverse nature développées dans les parois ou la

cavité de l'utérus, telles que des tumeurs fibreuses, squirrheuses, ou bien des polypes, se distingueront facilement des tumeurs sanguines, à cause des signes qui leur sont propres ; outre les différences que donnera le toucher vaginal, outre l'absence de fluctuation ; la marche sera toute différente ; pour les polypes, le diagnostic sera encore plus facile, à cause des signes fournis par le toucher vaginal dans ce cas ; il en sera de même pour les affections des os du bassin, les exostoses, les ostéosarcomes, etc.

Une affection que l'on pourra encore facilement confondre avec les tumeurs sanguines, à cause de la difficulté que l'on éprouve pour arriver au col de l'utérus et de la déviation de cet organe, surtout s'il est distendu par le produit de la conception, ou s'il s'est développé une tumeur dans ses parois, c'est la rétroflexion de l'utérus, le corps de l'organe étant renversé dans l'excavation pelvienne. Dans ces cas alors, si l'utérus n'est pas à l'état de vacuité, on sent par le toucher vaginal une tumeur emplissant l'excavation, et donnant une fluctuation douteuse, le rectum est comprimé, et ensuite il existe une constipation opiniâtre, puis difficulté de l'excrétion urinaire, causée par la déviation de la vessie entraînée par l'utérus. On constate encore que le vagin est rétréci, ses parois sont appliquées l'une contre l'autre par la tumeur de l'excavation ; le col ne peut être senti, il est remonté derrière le pubis par suite de la flexion du corps en arrière, il comprime la vessie sur la symphyse du pubis, ce qui augmente encore la difficulté de l'émission des urines. La vessie, distendue par l'urine, pourra augmenter les causes d'erreur, parce qu'elle viendra former au-dessus de la symphyse une tumeur fluctuante s'enfonçant dans le petit bassin, qu'il existera en même temps dans l'excavation pelvienne une tumeur également fluctuante, formée par le corps de l'utérus distendu par le produit de la conception, et que le mouvement imprimé par le doigt à la tumeur vaginale sera transmis à la main placée sur la tumeur située au-dessus du pubis ; mais l'introduction de la sonde aura bientôt dissipé l'erreur causée par la distension de la vessie. Quand la gros-

sesse sera assez avancée, on aura en outre les signes certains de cet état physiologique. On pourra, si l'on soupçonne qu'il existe une rétroflexion, chercher à redresser l'utérus par l'introduction des doigts dans le rectum, tandis que par le vagin, on tâchera d'attirer en bas le col de l'utérus, la femme étant placée sur les coudes et les genoux. La marche fournira ici encore des différences; on ne rencontre pas non plus dans la rétroflexion les symptômes généraux observés dans les tumeurs sanguines. Quoi qu'il en soit, le diagnostic sera quelquefois fort difficile, surtout, je le répète, lorsque la femme affectée de rétroflexion sera enceinte. J'ai trouvé dans la thèse de concours de M. Lacroix, sur la rétroversion, une observation dans laquelle on croyait avoir pris une grossesse pour une rétroversion, et dans laquelle il s'agissait, je crois, d'une des tumeurs sanguines dont nous nous occupons.

Voici cette observation. Une femme de vingt-trois ans, accouchée depuis plusieurs années, a un retard de six semaines, elle se croit enceinte. A la suite d'une orgie, elle éprouve une métrorrhagie avec douleur aux aines, aux reins, sentiment de pesanteur au périnée, difficulté de la marche, constipation. Ces accidents augmentent, la perte dure six semaines; on rencontre dans le vagin un corps ferme, tendu, dont la grosse extrémité comprime le rectum, et la petite la vessie, qu'elle appuie sur le pubis. On diagnostique une rétroversion, on tente la réduction par l'introduction des doigts dans le vagin et le rectum. Le soir, tentative infructueuse pour introduire un cathéter par l'orifice de la matrice, afin de crever les membranes; le col, trop fortement courbé, s'oppose à cette manœuvre. On fit la ponction de l'utérus à travers la partie postérieure du vagin avec un trois-quarts ordinaire, il s'écoula une livre d'eau sanguinolente, quantité qui semble supérieure à celle qu'indiquent les auteurs à cette époque de la grossesse. Aussitôt la matrice devint plus molle, le pouls moins fréquent, et l'état général de la femme sembla s'améliorer. On ne crut pas devoir tenter immédiatement la réduction, la malade était trop fatiguée. Le surlendemain, il s'écoula par le vagin

beaucoup de liquide. Le 17 septembre, quatre jours après l'opération, pouls petit, fréquent, face pâle, hypogastre douloureux au toucher, l'utérus est plus sensible. La difficulté d'uriner, qui avait disparu, revint; vomissements, prostration des forces, l'écoulement se supprime; il revient le lendemain; selles liquides; les accidents se calmèrent les jours suivants, à l'exception de la grande faiblesse. Le 22, il se manifesta des signes évidents d'adynamie avec écoulement grisâtre et putride par le vagin. Les toniques firent reparaître les forces les jours suivants; l'écoulement fétide ne revint plus que par intervalle. Ce ne fut que le 27 septembre que le col de la matrice, toujours recourbé, reprit sa place dans la partie moyenne du bassin. Le 2 octobre, l'organe avait son volume naturel, son orifice dirigé normalement, et l'écoulement par le vagin beaucoup diminué.

La malade alla habiter la campagne pendant trois semaines; pendant ce temps, et jusqu'au 25 décembre que ses règles reparurent, elle éprouva une tension douloureuse du ventre, des coliques passagères, les selles étaient tantôt solides, tantôt liquides. Depuis l'éruption des règles, elle a joui d'une bonne santé.

Cette observation prouve, disent les commissaires, que quand le chirurgien aura été appelé trop tard pour employer des moyens plus doux, tels que saignées, bains, fomentations émollientes, évacuation des urines et des matières fécales, il pourra espérer quelques succès en pratiquant la ponction de l'utérus. Elle prouve encore, disent-ils, qu'à l'époque de la grossesse où l'opération a été faite, les débris du fœtus peuvent se dissoudre et disparaître avec les liquides fournis par les membranes, sans qu'on les aperçoive d'une manière distincte. (Jourel, médecin à Rouen, *Bulletins de la Faculté de médecine de Paris,* n° 8, 1812.)

Cette femme n'aurait-elle pas eu, à la suite de sa métrorrhagie, une tumeur sanguine de l'excavation pelvienne? Les symptômes se rapportent parfaitement à ceux que nous avons observés dans nos faits. On pensa à une rétroversion avec grossesse, on tenta en vain

la réduction de l'utérus; alors, les symptômes s'aggravant, on fit la ponction par le vagin ; il s'écoula environ une livre de liquide sanguinolent, puis, quelque temps après, l'utérus se défléchit, dit-on. Ne serait-ce pas plutôt la disparition de la tumeur qui, ne soulevant plus l'utérus, lui aurait permis de reprendre sa place? Rien ne prouve qu'il y ait eu grossesse; on prétend que le fœtus aurait été dissous par le liquide, et aurait disparu avec lui; je crois plutôt que dans ce cas il n'existait pas de grossesse, et que la tumeur était due à un des épanchements sanguins dont nous nous occupons.

Quelquefois des tumeurs liquides, des kystes volumineux, naissant des organes contenus dans l'abdomen, et surtout du foie, descendent jusque dans l'excavation pelvienne; mais la direction qu'aura suivie la tumeur dans son accroissement suffirait pour les faire diagnostiquer ; alors, en effet, la tumeur, au lieu de remonter du petit bassin vers le foie, s'étend en s'accroissant du foie vers le bassin.

Les kystes de l'ovaire, surtout lorsqu'ils sont fixés par des adhérences ou par leur volume au fond du cul-de-sac recto-utérin, pourront aussi faire éprouver de la difficulté pour les diagnostiquer avec les tumeurs sanguines. Dans ces affections, les signes fournis par la palpation et la percussion de l'abdomen sont les mêmes ; le toucher vaginal fera reconnaître une tumeur fluctuante dans le bassin ; il y aura constipation, dysurie, etc. Mais ici encore la marche de la maladie sera différente ; l'hydropisie enkystée de l'ovaire met généralement plusieurs années pour acquérir un volume considérable ; dans nos observations, le développement des tumeurs a toujours été rapide. Le kyste de l'ovaire se rencontre plus spécialement dans une période plus avancée de la vie, vers quarante à cinquante ans; nos malades, pour la plupart, étaient beaucoup plus jeunes. Un fait qui pourrait encore, jusqu'à un certain point, induire en erreur, c'est que les relevés, d'après M. Velpeau, tendraient à faire croire que les kystes de l'ovaire se développaient plus souvent à droite qu'à gauche ; c'est ce que nous avons aussi remar-

qué pour les tumeurs sanguines. Souvent les kystes ne sont dévoilés par aucun symptôme général, et peuvent même acquérir un certain volume, sans que les malades s'en aperçoivent; dans les tumeurs sanguines, il y a toujours eu des phénomènes qui ont accompagné leur développement, tels que les troubles dans la menstruation ; on a vu, il est vrai, dans quelques cas de kystes de l'ovaire, les règles être supprimées ; mais surtout c'est la métrorrhagie qui survient au début, et qu'on ne rencontre jamais dans les kystes de l'ovaire, qui différentiera le plus ces deux affections.

Le diagnostic avec l'ascite sera plus facile, quand bien même la tumeur sanguine serait très-volumineuse. Ces tumeurs, comme les kystes de l'ovaire, siégent d'un seul côté de l'abdomen; par la percussion, on verra, à l'aide des signes diagnostiques de l'ascite et des kystes de l'ovaire, donnés par M. Rostan, et dont on pourra faire usage ici, on verra que dans la tumeur sanguine, les intestins entourent la tumeur, ou sont du côté opposé à celui vers lequel elle se développe ; ou bien ils sont refoulés derrière elle, la percussion les fait alors parfaitement distinguer; tandis que dans l'ascite, ils sont flottants au-dessus de la couche du liquide, et s'élèvent avec elle. La percussion permet encore de constater avec facilité le déplacement du liquide dans l'ascite; si l'on fait coucher la malade sur un des côtés, on peut, en percutant le côté sur lequel elle est couchée, constater que la matité est augmentée par en bas, et qu'elle s'élève plus de ce côté que dans le décubitus horizontal; la partie latérale du corps sur laquelle la malade n'est point couchée, qui tout à l'heure donnait un son mat, donne maintenant un son clair. La tumeur sanguine, étant peu mobile, conservera sa position relativement aux intestins: aussi entend-on la matité et le son tympanique dans les mêmes points qu'auparavant, malgré les changements de position des malades. Puis on peut encore ajouter la convexité du ventre dans la tumeur sanguine, son élargissement et son aplatissement vers la ligne médiane dans l'ascite; la facilité de délimiter l'une et le caractère diffus de l'ascite. Enfin les symptômes généraux et la

marche, qui diffèrent tant dans les deux cas, serviront à les faire diagnostiquer.

Les phlegmons de la fosse iliaque, lorsqu'ils auront fusé dans la cavité pelvienne, viendront faire une saillie dans le vagin, que l'on constatera facilement par le toucher; mais alors la tumeur sera plus molle, plus fluctuante, moins limitée; la fluctuation à travers les parois abdominales sera limitée dans la fosse iliaque, et sera plus sensible que dans les tumeurs sanguines. La fosse iliaque est remplie par une tumeur qui d'abord ne dépasse pas le détroit supérieur, aussi le toucher vaginal ne percevra au début aucune saillie dans l'excavation pelvienne. Le phlegmon de la fosse iliaque s'accompagne d'œdème, d'engourdissement, de douleurs dans le membre inférieur correspondant, la fièvre est plus intense, les frissons plus violents; puis, chez nos malades, la constipation était constante; dans les phlegmons, elle alterne avec la diarrhée et s'accompagne de coliques qui suivent le trajet du colon, et viennent aboutir dans la fosse iliaque. La tumeur sanguine, lorsqu'elle s'élève du bassin vers l'abdomen, occupe une position moins latérale que le phlegmon de la fosse iliaque.

Les abcès du ligament large surviennent le plus souvent à la suite des couches; douze ou quinze jours après l'accouchement, ils forment une tumeur qui siége sur les parties latérales de l'utérus; la douleur est limitée dans ce point. La tumeur affecte une direction oblique, parallèle au ligament de Fallope; c'est sur les côtés de l'utérus qu'elle commence à se développer; au début, on la sent difficilement par le toucher vaginal; elle siége plus souvent à gauche qu'à droite. Dans les abcès par congestion, causés par une altération de la partie inférieure de la colonne vertébrale, de la symphyse sacro-iliaque, de l'angle sacro-vertébral, le pus pourra fuser dans le petit bassin, et donner lieu, sur les côtés du rectum et du vagin, au fond du cul-de-sac recto-utérin, à une tumeur molle, fluctuante, appréciable par le toucher vaginal; mais la tumeur sera plus diffuse, moins bien limitée; elle aura été précédée de symptômes in-

flammatoires et de douleurs dans les parties qui seront le point de départ de la maladie, symptômes qui seront survenus longtemps avant l'apparition de la tumeur.

L'anévrysme de l'artère iliaque interne ou de l'une de ses branches donnera lieu, dans l'excavation pelvienne, à une tumeur que l'on pourra constater par le toucher vaginal; cette tumeur offrira des pulsations isochrones à celles du pouls, mais qui sont accompagnées par un mouvement d'expansion produit par la dilatation de la poche anévrysmale et correspondant à chaque onde sanguine; cette tumeur disparaîtra par la compression, pour reparaître aussitôt qu'on la cesse. Dans les tumeurs sanguines, on pourra quelquefois sentir sur un des points de la tumeur, des battements, qui seront dus à la présence d'une artère sur ses parois, mais jamais on n'aura le mouvement d'expansion caractéristique de l'anévrysme.

Quant aux épanchements circonscrits renfermés dans des kystes formés par les fausses membranes, et qui sont consécutifs à une péritonite chronique; les symptômes de cette maladie, la préexistence d'une péritonite aiguë, à laquelle elle aura succédé, et à la suite de laquelle on aura remarqué, dans un des points de la cavité péritonéale, une tumeur circonscrite, dont le volume reste toujours le même, suffiront pour distinguer ces épanchements des tumeurs sanguines.

Pourrait-on confondre les tumeurs dont nous nous occupons avec d'autres qui se seraient développées dans la cloison recto-vaginale, telles que les lipomes, certains kystes que l'on y a quelquefois rencontrés? Ces affections sont d'abord très-rares; elles n'offrent, comme symptômes se rapprochant de ceux que nous avons observés chez nos malades, que la présence dans le vagin d'une tumeur qui peut amener de la constipation, qui donne à la femme la sensation d'un corps assez pesant quelquefois, et qui tend sans cesse à sortir du vagin; mais ces tumeurs peuvent facilement être limitées et circonscrites, dans toute leur étendue, par le doigt,

introduit dans le vagin ou le rectum, à cause du peu de volume qu'elles ont habituellement. Le plus souvent, les malades ne s'aperçoivent de ces tumeurs de la cloison recto-vaginale que par la gêne dans l'excrétion des matières fécales, et la sensation d'un poids qui presse sur le périnée; jamais ces tumeurs n'ont donné lieu à des symptômes généraux.

Étiologie. — Les causes qui donnent naissance à ces tumeurs sont fort obscures. Nous avons vu, dans nos observations, que les malades qui en étaient affectées étaient toutes jeunes, d'une bonne constitution, robustes même; pour la plupart, elles n'avaient jamais eu de maladies antécédentes; et, chez toutes, la maladie a débuté sans qu'elles puissent la rapporter à aucune cause prochaine ou éloignée. La plupart de nos malades avaient eu des enfants, deux seulement n'avaient eu ni enfants ni fausses couches; toutes, à l'exception d'une seule, avaient éprouvé des troubles dans la menstruation, le plus souvent une métrorrhagie, ou bien la suppression des règles. Dans un cas cependant, on n'avait observé ni l'un ni l'autre; la malade avait eu ses règles quelques jours avant son entrée à l'hôpital : c'était chez cette malade qu'il n'avait existé aucun accouchement antérieur.

Mais quelle est l'origine de l'épanchement sanguin? est-il dû à la rupture d'un des nombreux vaisseaux situés dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, et qui se rendent à l'utérus ou à ses annexes, rupture que l'on observe à la suite de chutes sur le siége, de contusions violentes du bassin, ou de fractures des os qui le forment? Mais, dans aucune de nos observations, les femmes n'avaient fait de chute, ni reçu de contusions qui pussent faire admettre cette origine de l'hémorrhagie.

La tumeur sanguine serait-elle formée par un de ces kystes séreux, si fréquents dans cette région, ou par un épanchement circonscrit survenu à la suite d'une péritonite? La surface interne du kyste se serait enflammée par une cause quelconque, et, par suite

de cette inflammation, une exhalation de sang se serait mêlée au liquide séreux que contenait déjà la poche, et formerait la tumeur sanguine. Ce kyste encore aurait pu se rompre, et, l'hémorrhagie continuant par sa face interne, le sang se serait épanché dans le tissu sous-péritonéal ; ou bien ce kyste, se développant outre mesure ou se rompant, aurait en même temps occasionné la rupture d'un des vaisseaux qui rampent à la surface, vaisseaux qui quelquefois sont très-volumineux. D'après cette explication, on comprendrait bien l'existence de plusieurs tumeurs superposées, comme nous l'avons vu dans une de nos observations. Dans ce cas, on aurait eu affaire à un kyste multiloculaire; il aurait existé deux poches, dont une seule aurait d'abord été ouverte.

D'après M. Piogey, la tumeur serait formée dans l'épaisseur de l'ovaire, à la suite de la rupture d'un vaisseau ovarique. On comprend alors, dit-il, que le sang ait pu s'épancher entre les deux lames du ligament large, puis pénétrer accidentellement dans la trompe, et fuser de là dans la cavité utérine; on s'expliquerait ainsi la coïncidence de la production, et des accroissements de la tumeur avec les époques menstruelles et avec des métrorrhagies véritables. Mais comment supposer que le sang pourrait, en aussi grande quantité, s'échapper par le calibre de la trompe, et puis, pour que le sang prît cette voie et vînt de l'ovaire, il faudrait, de toute nécessité, que le péritoine fût rompu ; le sang alors, au lieu de s'introduire par un conduit aussi ténu que l'est celui de la trompe, s'épancherait dans la cavité péritonéale, et non entre les deux lames du ligament large.

Pour expliquer la prolongation des fibres de l'utérus sur la tumeur qu'il avait observée, M. Piogey se demande si l'hémorrhagie ne se ferait pas dans l'utérus, d'abord, puis le sang pénétrerait dans la trompe, distendrait cet organe et le convertirait en une poche volumineuse; il faudrait pour cela que l'orifice péritonéal de la trompe fût oblitéré, ce qui n'est pas, dit-il, inadmissible. Mais comment admettre que le sang produit par une hémorrhagie intra-utérine pût s'échapper par la trompe, dont l'orifice utérin permet à peine

l'introduction d'une soie de sanglier, tandis qu'au-dessous existe une ouverture bien plus considérable, celle du col de l'utérus? Il faudrait alors admettre que cet orifice eût aussi été oblitéré; mais il n'en est rien, puisque nous avons vu que le sang s'écoulait par le vagin.

Ne pourrait-on pas expliquer encore de la manière suivante la formation de ces tumeurs sanguines? On sait que tous les mois, à chaque époque menstruelle, l'ovaire devient plus volumineux, qu'il existe dans cet organe une hyperémie considérable; son parenchyme est injecté, il paraît être gorgé de sang, on voit ramper à sa surface une infinité de petits vaisseaux. La vésicule de Graaf s'approche de la surface de l'ovaire, qu'elle ne tarde pas à perforer; autour de la vésicule, l'injection est plus considérable que partout ailleurs, puis lorsqu'elle se rompt pour donner passage à l'ovule, il se fait une hémorrhagie. Ne pourrait-on pas supposer que la vésicule de Graaf, au lieu de se rompre à la surface de l'ovaire recouverte par le péritoine, vienne à se rompre au point où l'ovaire n'est pas recouvert par cette séreuse? Qu'une hémorrhagie plus abondante que de coutume suive cette rupture, le sang s'épanchera dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, dans celui d'abord qui double les ligaments larges, puis vers le bas-fond de l'excavation pelvienne. Mais comment expliquer alors la formation de deux tumeurs superposées? Dans ce cas, il se serait formé un épanchement sanguin qui se serait enkysté, puis quelque temps après, à l'époque menstruelle suivante, par exemple, une autre hémorrhagie se serait faite par la même voie, à la surface de la première; cette seconde hémorrhagie se serait aussi enkystée plus tard: de là deux poches distinctes.

A laquelle de toutes ces hypothèses faut-il attribuer la production des tumeurs sanguines?

Comment expliquer encore la suppression des règles tant qu'existe la tumeur sanguine, et leur réapparition aussitôt qu'elle a disparu?

TRAITEMENT. — Lorsque, d'après les signes précédemment indiqués, on aura reconnu une de ces tumeurs sanguines, quels sont les moyens qui devront être employés pour le traitement de cette maladie? On devra s'attaquer en même temps et aux symptômes généraux et à l'état local. Nous avons vu, dans les observations que nous avons déjà citées, qu'on avait employé la ponction et l'incision de la tumeur par le vagin; que, dans un autre cas, l'ouverture de la tumeur avait été faite par les parois abdominales. Nous verrons auquel de ces deux procédés on doit donner la préférence; nous allons donner auparavant les autres observations que nous avons pu recueillir, et dans lesquelles, comme on le verra, on a pratiqué l'opération par le vagin.

IVe OBSERVATION.

Tumeur sanguine de l'excavation pelvienne, incision de la tumeur au travers des parois du vagin; guérison.

Une couturière de vingt-quatre ans, bien réglée, ayant habituellement des flueurs blanches et souffrant souvent dans le bas-ventre, accoucha heureusement, il y a huit mois, de son deuxième enfant. Il y a un mois, elle fut prise tout d'un coup, et sans cause connue, de frissons, de fièvre et de vomissements, avec douleur et tension dans le bas-ventre. Bientôt elle y sentit une tumeur, les souffrances allèrent en augmentant; il survint des frissons irréguliers, des sueurs nocturnes abondantes, et lorsqu'elle entra à l'Hôtel-Dieu, service de M. Récamier, le 1er août 1840, elle était dans l'état suivant : grand accablement, visage exprimant la douleur, céphalalgie, langue blanche, nausées, soif vive et constipation; pouls à 100, souple, peu développé. On examine le ventre avec soin, et l'on trouve dans toute sa région inférieure, surtout à droite et s'étendant vers la fosse iliaque, une tumeur dure, du volume et de la forme de la tête d'un fœtus à terme, très-douloureux à la pression, peu

mobile et glissant sous les parois abdominales. Par le toucher vaginal et rectal, on constate que cette tumeur descend dans l'excavation du petit bassin jusque dans la paroi recto-vaginale, et qu'elle emboîte l'utérus en arrière et à droite, en poussant cet organe à gauche; le museau de tanche, porté dans cette direction, est appliqué contre le pubis, et l'on a beaucoup de peine à sentir son côté droit avec le doigt. Par le vagin ni par le rectum séparément, on ne peut sentir la fluctuation; mais on la perçoit d'une manière évidente en touchant par ces deux cavités à la fois. Il n'y a rien de particulier du côté des urines, mais la malade éprouve vers la vulve la sensation d'un corps qui tendrait à sortir. La douleur du ventre s'irradie vers les lombes et les cuisses, surtout vers la droite. (Ipéca, 0,60; limon.; catapl., lavem. et inject.)

Le 3 août, M. Récamier pratique, au moyen d'un pharyngotome modifié pour cet usage, la ponction de la tumeur sur la paroi postérieure du vagin, entre deux colonnes verticales, point dans lequel la fluctuation paraît le plus manifeste. Il s'écoule à l'instant un flot abondant de liquide rougeâtre, un peu visqueux, inodore. Alors on agrandit l'ouverture en haut et en bas avec un bistouri boutonné. En incisant, on s'aperçoit que les parois de la tumeur sont épaisses, résistantes, comme fibro-cartilagineuses, ce que l'on reconnaît encore en introduisant le doigt dans la plaie. Il s'écoule environ un demi-litre de liquide, et la malade est immédiatement soulagée. (Bains, inject. tièdes matin et soir dans le foyer.)

Les jours suivants, l'état général s'améliora, la douleur et les autres symptômes diminuèrent de plus en plus; mais le liquide, prenant un peu d'odeur fétide, et de l'air s'introduisant dans le foyer, on comprima fortement le ventre de haut en bas avec un bandage de corps, et on recommanda de pousser la fin de l'injection très-lentement, afin de laisser le plus d'eau possible dans la cavité; de plus, on plaça, dans le même but, le bassin de la malade sur un plan plus élevé que les lombes; alors l'écoulement perdit sa mauvaise odeur, et il ne rentra plus d'air dans le kyste; le liquide, après avoir

conservé pendant plusieurs jours l'aspect qu'il avait lors de l'ouverture, prit de plus en plus l'apparence du pus; la tumeur du ventre diminua de jour en jour, et perdit sa sensibilité; enfin les forces, l'appétit et le sommeil revenant, on espérait voir arriver promptement la guérison sans accident. Le 13 août, dix jours après l'opération, il survient de la fièvre et une douleur très-vive dans le ventre à gauche; on prescrit des bains, des cataplasmes, et le 15, le toucher vaginal fit reconnaître à gauche de l'utérus une tumeur dure, sensible, du volume d'un petit œuf de poule, qui repoussait cet organe à droite, tandis que le kyste ouvert, revenu sur lui-même, lui permettait de reprendre sa position normale. La résolution de cet engorgement phlegmoneux se fit promptement, et le 21, la fièvre avait cessé. A la place de la nouvelle tumeur, on ne trouva plus qu'un peu d'empâtement et de sensibilité; le kyste était considérablement revenu sur lui-même; ses parois, très-minces, avaient acquis de la souplesse, et la plaie résultant de l'incision tendait à se fermer; le museau de tanche avait repris sa position, et toutes les fonctions se faisaient bien. On nourrit peu à peu la malade, et on continua pendant quelque temps les injections, qui empêchèrent l'ouverture de se fermer trop tôt. Quand il ne coula plus que quelques gouttes de pus visqueux, comme mêlé à de la lymphe plastique, on les discontinua, et bientôt la plaie se cicatrisa complétement. Le 21 septembre, trente-neuf jours après l'opération, elle sortit parfaitement bien portante, sans conserver la moindre fistule, et son kyste étant réduit à un noyau tout à fait insensible. (H. Bourdon, *Revue méd.*; 1841.)

Ve OBSERVATION.

Tumeur sanguine développée entre le vagin et le rectum, incision par le vagin: guérison.

Une femme de vingt-huit ans, ayant eu deux enfants à terme, bien portants, avec couches heureuses, fit une fausse couche de

trois semaines, précédée, pendant huit jours, de vives douleurs, avec élancements au bas-ventre et dans les reins ; cette fausse couche a été provoquée par un effort violent. Des bains, des cataplasmes, calmaient momentanément les douleurs ; mais enfin une perte a eu lieu, elle a duré six semaines, et était formée de sang liquide et clair ; cet écoulement persistait à son entrée à l'Hôtel-Dieu, il y a quelques jours. Du reste, elle n'avait pas discontinué ses occupations jusque vers dix jours avant son entrée, quoiqu'ayant la fièvre, maigrissant et pâlissant d'une manière considérable. Elle ne tousse point ; elle n'a jamais eu d'hémorrhoïdes ; elle présente cette teinte jaunâtre de la peau qui indique une hémorrhagie abondante. Voici dans quel état elle se trouve à son entrée à l'hôpital :

Aspect général cachectique ; facies pâle, jaunâtre ; peau participant à cet état et disposée à s'infiltrer ; toutes les fonctions sont dans un état de lenteur marquée. L'indicateur, introduit dans le vagin, rencontre une tumeur remplissant exactement le petit bassin, refoulant le rectum en arrière, et en avant le col de la matrice derrière l'arcade du pubis. En passant la main gauche sur l'abdomen, on sent que la tumeur remonte jusqu'à 1 pouce de l'ombilic, qu'elle occupe les deux fosses iliaques, qu'elle est mobile et fluctuante profondément. Le doigt constate une grande mobilité de la paroi vaginale qui recouvre la tumeur ; au centre la fluctuation est plus évidente. M. Récamier incise la tumeur avec un bistouri en rondache dont la lame est cachée, et qu'il découvre lorsque l'instrument est appliqué sur la tumeur. Une grande quantité de sang noir à demi coagulé forme sur-le-champ une espèce de ruisseau, qui est reçu dans un bassin placé à terre au pied du lit. L'incision a été faite perpendiculairement, afin d'éviter les artères utérines. Le doigt introduit dans l'incision pratiquée, M. Récamier s'assure que la tumeur est remplie par du sang caillé adhérent aux parois du kyste. A l'aide d'un bistouri boutonné, il agrandit l'ouverture que l'affaissement du kyste tend à rétrécir, et avec le doigt il broie les caillots restés dans la poche et fait vider la tumeur à l'aide d'injections

tièdes. M. Récamier a l'habitude de tenir les tumeurs analogues et celles qui contiennent du pus continuellement remplies d'eau pure. Ce moyen lui a paru très-efficace pour en expulser l'air et s'opposer aux funestes effets de la résorption purulente et à l'espèce d'empoisonnement qui en résulte.

Depuis l'opération, diète sévère, bouillons froids. Trois fois par jour, injections tièdes qui entraînent une matière rougeâtre, un peu purulente; ventre souple, indolent; peau chaude, pouls fréquent, etc.

Cette observation, publiée dans *la Lancette* de 1831, page 93, n'a pas été terminée, mais M. H. Bourdon, qui, dans son mémoire, en cite un extrait, dit qu'il tient de M. Récamier lui-même que la malade s'est parfaitement rétablie.

Les deux observations suivantes m'ont été communiquées par mon ami le D[r] Juteau, qui les avait recueillies pendant son internat à l'hôpital Saint-Antoine.

VI[e] OBSERVATION.

Tumeur sanguine située dans le cul-de-sac utéro-rectal; incision de la tumeur par le vagin; guérison.

Rose G..., âgée de trente-cinq ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Thérèse, n° 21, service de M. Beau, le 13 octobre 1848; elle est d'une bonne constitution, d'un tempérament sanguin. Elle fut réglée à quinze ans; les menstrues venaient régulièrement, jamais elle n'a eu de pertes ni d'écoulement; elle a eu quatre enfants; les couches et les grossesses ont eu lieu sans accidents. Il y a six semaines, elle fit une fausse couche de deux mois; depuis elle n'a pas eu ses règles. Il y a cinq semaines, elle ressentit de vives douleurs dans les reins, élancements dans les cuisses et les jambes, pesanteur sur le fondement, défécation douloureuse. Elle prit un

purgatif, fit des frictions sur le ventre avec un liniment huileux; puis, quelques jours après, on lui appliqua en ville un vésitoire sur l'abdomen. Depuis huit jours elle éprouve tous les soirs des frissons, accompagnés de coliques et de nausées.

Voici quel est son état à son entrée : faciès injecté, pouls fréquent, langue blanche, anorexie, soif vive, nausées, ventre douloureux à la pression, tendu, un peu ballonné, défécation presque impossible; douleurs lancinantes dans le bas-ventre et les aines, douleur obtuse, très-pénible sur le fondement; elle ne peut aller à la selle sans lavement; pas d'écoulement par le vagin. Le toucher vaginal fait découvrir une tumeur fluctuante, située dans le cul-de-sac utéro-rectal, sur la ligne médiane; elle a le volume d'une bille de billard; elle est peu mobile, peu douloureuse à la pression. Le toucher par le rectum montre qu'elle accole la paroi antérieure de cet organe contre la postérieure; le doigt ne franchit qu'avec peine ce rétrécissement et en faisant éprouver de vives douleurs; il est impossible d'atteindre la limite supérieure de la tumeur. L'index introduit dans le rectum et le pouce dans le vagin, et pressant avec ces doigts, il n'y a plus de doute sur l'existence d'un liquide dans la tumeur. Le col de l'utérus est porté en haut, accolé à la symphyse du pubis; le doigt l'atteint difficilement, il est placé sur la ligne médiane; il m'est impossible de savoir si le corps de l'utérus a subi quelques déplacements; le ventre est trop douloureux pour pratiquer le palper hypogastrique; il n'existe pas de matité à une percussion superficielle, légère. (15 grammes d'huile de ricin.) Le soir, le 14, la malade est touchée de nouveau; on croit à un abcès. En pressant sur la paroi abdominale, un peu au-dessus du pubis, le doigt introduit dans le vagin soulevant la tumeur, il m'a semblé percevoir de la fluctuation. Il n'y a eu d'évacuation d'aucune nature. Le lendemain, le ventre est très-ballonné, douloureux; coliques violentes, presques continuelles, nausées, soif vive. Les vomissements ont commencé hier; pouls à 96. (Cataplasmes laudanisés, eau de Seltz.) Le 17, même état. Vers deux heures, les douleurs de-

viennent plus violentes dans l'abdomen; pouls petit, fréquent, 118; sueurs visqueuses, douleurs déchirantes dans le bas-ventre. On fait une ponction dans la tumeur par le vagin; il s'écoule alors en nappe près d'un litre de sang liquide, noir, visqueux; lorsque l'écoulement eut cessé, le doigt introduit dans le vagin, on trouva dans la cavité de la tumeur une verrée environ de caillots sanguins, fibrineux, plus ou moins consistants. La tumeur avait diminué de plus de moitié, le col de l'utérus se trouvait plus pressé contre la symphyse du pubis, car on passait très-facilement le doigt entre la lèvre antérieure du col et le pubis. On ne sentait presque plus la tumeur par le vagin; le doigt, porté dans le rectum, peut être facilement introduit en arrière de la tumeur, mais elle fait encore une saillie considérable. La malade fut immédiatement soulagée après l'opération, les symptômes alarmants disparurent. (Ricin, 30 grammes; lavement.)

Le 18. La malade a dormi pendant six heures environ, le ventre est moins tendu, moins douloureux; évacuation considérable de gaz par l'intestin, deux selles très-abondantes, plus de nausées ni de vomissements; pouls développé, mou, dépressible, 100 pulsations. Les alèzes contiennent environ 200 grammes de sang paraissant coagulé depuis quelque temps; quelques caillots sont composés de fibrine et en apparence organisés.

Les jours suivants la malade rend encore quelques caillots à l'aide d'injections pratiquées dans la poche, mais ils ne tardent pas à se putréfier et à avoir une odeur fétide. L'état général continue à s'améliorer, elle sort le 26 novembre parfaitement rétablie. Le col de l'utérus a repris sa position normale, son corps est mobile sans aucune adhérence avec les parties voisines, il n'est pas douloureux au toucher. Les règles ont reparu le 8 novembre, elles ont duré deux jours; leur écoulement a été normal, sans douleur, composé de sang liquide. On sent encore au fond du vagin une petite tumeur du volume d'une noix, dure, indépendante de l'utérus, indolente. La malade a été revue six mois après l'opération, sa santé ne s'est

pas de nouveau dérangée, la menstruation a toujours été depuis régulière et normale ; à cette époque, on sentait encore dans le vagin, au lieu où existait la tumeur, un petit noyau dur. Au bout d'un an, la malade revint encore à l'hôpital ; sa santé avait continué à être excellente ; elle n'a éprouvé depuis l'opération aucun symptôme du côté de l'abdomen.

VII[e] OBSERVATION.

Tumeur sanguine développée dans le cul-de-sac recto-vaginal ; ponction ; guérison.

Mariette S..., âgée de vingt-deux ans, couturière, entra à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Beau, salle Sainte-Thérèse, n° 2, le 15 mai 1848. D'une bonne santé habituelle, elle fut réglée à quinze ans, sans accidents ; depuis, elle a toujours été bien réglée, jamais de pertes ; mariée à vingt ans, elle n'a jamais été enceinte. Il y a six semaines, elle éprouve, sans cause connue, une douleur dans le bas-ventre, assez vive pour la forcer à s'aliter ; depuis ce temps, perte complète de l'appétit, amaigrissement considérable, défécation douloureuse, parfois impossible ; jamais, dit-elle, elle n'eut de fièvres ni frissons. Quelques jours avant son entrée, les règles ont paru pendant quatre jours comme d'habitude ; sang liquide, sans caillots ; les douleurs devenant plus vives, elle entre à l'hôpital et offre l'état suivant : face pâle, grippée, exprimant une vive souffrance ; maigreur considérable ; pouls petit, fréquent, 92 ; respiration un peu accélérée, murmure vésiculaire pur, langue sèche, ventre ballonné, très-douloureux surtout à la pression, cuisses demi-fléchies sur le bassin, constipation opiniâtre. Le toucher vaginal fait reconnaître l'existence d'une tumeur développée entre le rectum et le vagin, elle est fluctuante, douloureuse au toucher, elle a le volume d'une bille de billard ; son extrémité inférieure descend à 3 centimètres de la vulve, on ne peut atteindre la limite supérieure. Le doigt ne peut atteindre le col de l'utérus, parce qu'on ne peut l'introduire entre la tumeur

et la paroi antérieure du vagin, la tumeur accolant ensemble les deux parois de ce conduit vers le fond. Par le toucher rectal, on voit aussi que les deux parois de cet intestin sont accolées et qu'il existe une occlusion plus complète du calibre que dans le vagin; dans celui-ci, en effet, la tumeur était placée sur la ligne médiane, et il existait de chaque côté une petite rigole par laquelle on pouvait encore faire pénétrer le doigt. La percussion hypogastrique donnait de la matité, mais, de même que le palper, elle était tellement douloureuse qu'on ne pouvait préciser d'une manière certaine si la tumeur proéminait au-dessus du pubis. On ordonne un purgatif et un lavement, qui n'a pu être administré à cause de l'obstacle que formait la tumeur dans le rectum; le purgatif a été vomi.

Le 17 au soir, le pouls devint petit, intermittent, très-fréquent; sueur visqueuse sur la face, agitation, délire, nausées, vomissements bilieux, yeux hagards, ventre tendu, très-douloureux; cris continuels; pas de selles. On fit une ponction dans la tumeur, immédiatement il s'écoula une grande quantité de liquide composé de pus et de sang, dans lequel on voit beaucoup de caillots sanguins putréfiés; ce liquide ressemble complétement à celui que l'on voit sortir d'une tumeur sanguine enflammée; il sortit 750 grammes de ce liquide environ. Immédiatement la malade se sentit soulagée, puis un quart d'heure après, il y eut par l'anus une évacuation considérable de gaz et de matières fécales liquides, et aussitôt le volume du ventre, qui était très-considérable, revint à son état normal; la malade tomba dans une syncope qui dura cinq minutes. On se borna à faire dans la journée des injections émollientes dans le foyer.

Le 18. La nuit a été calme, l'écoulement du liquide continue, plus de nausées ni de vomissements, le ventre est beaucoup moins douloureux, pouls à 110. Le doigt, porté dans le vagin et le rectum, ne rencontre plus de tumeur. On peut sentir au fond du vagin le col d'un utérus vierge, situé sur la ligne médiane; l'utérus est mobile, les mouvements qu'on lui imprime ne sont pas douloureux.

La malade sortit de l'hôpital le 1er juillet ; le toucher rectal et vaginal, pratiqué et combiné avec le palper hypogastrique , ne donne la sensation d'aucune tumeur anormale dans le petit bassin. L'utérus est mobile et occupe sa place habituelle.

Cette malade a été revue au mois de septembre 1849, plus d'un an après l'opération, elle avait repris son embonpoint ; ses règles ont reparu régulièrement chaque mois ; elle ressentait encore quelques douleurs dans l'abdomen de temps en temps. Le touché pratiqué donna le même résultat que lors de la sortie de la malade de l'hôpital.

Cette observation présente une particularité remarquable. c'est l'absence de troubles dans la menstruation. Dans toutes les autres, en effet, nous avons vu que les règles étaient supprimées, ou que le plus souvent il existait une métrorrhagie abondante à la suite de laquelle les malades se plaignaient de violentes douleurs dans la région hypogastrique, douleurs qui étaient suivies de l'apparition d'une tumeur sanguine dans cette région. Cependant le liquide qui forme la tumeur sanguine est le même que dans les autres faits , seulement il est mélangé avec du pus, ce qui tient à l'inflammation de la poche, et les symptômes auxquels donne lieu cette tumeur sont aussi les mêmes.

Par quel procédé doit-on donner issue au liquide que contient la tumeur sanguine ? doit-on employer la ponction et l'incision des parois vaginales, ou vaut-il mieux pratiquer ces opérations par les parois de l'abdomen ? Si, comme nous le pensons, ces tumeurs siégent dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, il est évident qu'il est préférable de les ouvrir par le vagin ; de cette manière, en effet, on n'a pas à craindre la lésion du péritoine ; par l'abdomen, au contraire, on ne peut éviter cette lésion, ce qui expose, par conséquent, les malades à plus d'accidents. On ne peut pratiquer l'incision abdominale que lorsque la tumeur est volumineuse et remonte en haut dans l'abdomen ; on comprendrait qu'on se servît de ce procédé, si la

tumeur ne venaît pas faire saillie dans le vagin, si elle était, comme dans les kystes de l'ovaire, assez élevée dans l'abdomen, pour qu'on pût craindre, en voulant l'atteindre, de léser avec le trois-quarts les organes contenus dans l'excavation pelvienne ; mais dans toutes nos observations, la tumeur venait faire une saillie considérable dans le vagin, même dans la 3e observation, où l'on a employé l'incision par l'abdomen. Par ce procédé, il sera toujours très-difficile, lorsque l'on aura ouvert la tumeur, de la vider complétement de son contenu, il restera toujours, dans la partie inférieure logée dans le cul-de-sac recto-utérin, une certaine quantité de liquide; aussi, lorsque, plusieurs jours après l'opération, les parois de la poche viendront à s'enflammer par suite de l'introduction de l'air, on aura bien plus à craindre, que dans l'autre procédé, la décomposition des matières contenues dans cette poche, et qui y séjourneront, décomposition qui, comme nous l'avons dit précédemment, pourra amener des accidents qui enlèveront rapidement les malades. Dans l'autre procédé, au contraire, l'ouverture de la tumeur étant faite dans le point le plus déclive, les liquides tendront par leur propre poids à sortir. Nous avons vu cependant, dans ces cas, la tendance qu'ils avaient à se décomposer; à plus forte raison dans la ponction abdominale, dans laquelle on ne peut les évacuer complétement, à moins de faire, comme pour quelques kystes de l'ovaire, une contre-ouverture au fond de la tumeur, et d'y placer une mèche ou une canule qui permettrait au liquide de s'écouler par le vagin. Mais pourquoi ne pas employer de suite l'incision de la tumeur par le vagin et aller s'exposer aux accidents que peut amener l'ouverture du péritoine, dans l'autre procédé? Dans tous les cas, si l'on emploie la ponction et l'incision des parois abdominales, il faudra, au préalable, avoir amené, par l'application d'un caustique, des adhérences entre les feuillets viscéral et pariétal du péritoine, sans quoi le kyste, après s'être vidé en partie, pourra s'affaisser, le parallélisme ne plus exister entre l'incision abdominale et l'incision de la tumeur, alors il se fera dans la cavité du péritoine un épanchement qui sera promptement

mortel : il vaut donc mieux employer la ponction par le vagin.

A quelle époque faut-il pratiquer l'opération ; faut-il, avant de s'attaquer à l'état local, combattre les symptômes généraux? Lorsqu'il se sera développé des accidents inflammatoires intenses du côté de l'abdomen, que les souffrances seront très-vives, lorsqu'on aura reconnu manifestement de la fluctuation dans la tumeur qui proémine dans le vagin, il faudra donner issue au liquide le plus promptement possible. On a vu, en effet, qu'à la suite de l'opération, les malades étaient immédiatement soulagées, et que les symptômes généraux s'amendaient d'une manière rapide; en attendant plus longtemps, les accidents inflammatoires pourraient devenir plus violents, et il pourrait survenir une péritonite intense qui emporterait les malades, et que souvent on ne pourrait combattre avec succès à cause de la grande faiblesse dans laquelle elles sont pour la plupart.

On choisira, pour enfoncer l'instrument qui doit servir à faire la ponction, le point de la tumeur où la fluctuation est le plus évidente et le plus superficielle. On peut, pour pratiquer l'opération, se servir d'un bistouri ordinaire, ou comme l'a fait M. Récamier, d'un bistouri convexe, dont la lame est cachée, analogue au pharyngotome ; ou mieux encore, comme l'a fait M. Nélaton, d'un gros trois-quarts, puis d'un lithotome simple pour agrandir l'ouverture faite par le trois-quarts. M. Récamier introduit l'index de la main gauche dans le vagin, l'instrument est introduit sur la pulpe du doigt ; quand la lame est arrivée à la profondeur convenable, il la démasque d'une certaine longueur, jusqu'à sensation d'une résistance vaincue; il fait avec ce bistouri la ponction et l'incision en même temps. L'instrument est retiré avec les mêmes précautions que lors de son introduction; si la boutonnière qu'il a pratiquée n'est pas assez longue, il l'agrandit avec un bistouri boutonné.

Voici le procédé employé par M. Nélaton et que je trouve préférable : la malade est couchée sur un lit assez élevé, dans le décubitus dorsal, les jambes et les cuisses fléchies et maintenues par des aides;

elle est placée dans la position que l'on donne aux malades chez qui l'on pratique l'opération de la taille. On introduit dans le vagin un speculum, qui permet de découvrir la tumeur vers le fond de cet organe à sa paroi postérieure; quelquefois, lorsqu'elle est volumineuse, elle n'est distante de l'orifice vulvaire que de quelques centimètres, les rides transversales de la muqueuse sont effacées. Après avoir, avec le doigt, cherché le point où l'on sent le plus manifestement la fluctuation, on enfonce en ce point un long trois-quarts, dont la canule doit être assez large pour permettre au liquide de s'écouler; il faut avoir soin de ne pas trop enfoncer l'instrument dans la poche, de peur de la transpercer d'outre en outre et d'aller blesser un organe voisin. Lorsqu'on a retiré la pointe du trois-quarts, il s'écoule par la canule une plus ou moins grande quantité de sang liquide, noir, visqueux, semblable à de la mélasse. La tumeur se vide en partie, mais l'ouverture n'est pas assez large, et le liquide est trop épais souvent pour s'écouler en totalité de cette manière, il faut alors agrandir l'ouverture; pour cela, on retire la canule, puis on introduit, par l'ouverture faite par le trois-quarts, un lithotome à une lame, disposé préalablement de manière à faire une incision suffisante; ce qu'on obtient par le degré d'ouverture que l'on permet, au moyen d'une vis, à la lame du lithotome. L'incision doit avoir le plus souvent 3 centimètres d'étendue; on la pratique dans le sens de l'axe du vagin, afin de ne pas blesser les artères utérines; il faudra avoir eu soin de s'assurer aussi qu'il n'existe point d'artères dans le point de la paroi sur lequel doit porter l'incision. Cette incision ne doit être ni trop considérable ni trop profonde, sans cela on aura à craindre la blessure du rectum; aussi le lithotome sera-t-il préférable au bistouri; avec lui on pourra donner à l'incision la longueur que l'on jugera convenable et ne pas la dépasser, puisque, avant d'introduire l'instrument, le degré décartement qu'on donnera à la lame correspondra à la longueur de l'incision; avec le bistouri, au contraire, on n'aura pas cette précision, un mouvement brusque de la malade

pourra faire prolonger l'incision et aller blesser un organe voisin, le rectum, par exemple.

Par l'incision que l'on vient de pratiquer, le reste du sang liquide qui existait dans la tumeur s'écoule ; le doigt introduit dans la poche constate l'épaisseur de ses parois et l'existence dans la cavité de caillots qui sont adhérents à ces parois, il peut alors les détacher et même les broyer, puis à l'aide d'injections fortement poussées on les fait sortir de la cavité de la tumeur. M. Récamier recommande de faire, pendant que le liquide sort de la tumeur, une légère compression sur l'abdomen, afin de faciliter l'écoulement de ce liquide par le vagin ; puis de la continuer ensuite, lorsque l'opération est terminée, en appliquant sur l'abdomen des compresses maintenues par un bandage de corps, afin de diminuer, dit-il, les chances de l'introduction de l'air dans le foyer ; ce qui, comme nous l'avons vu, expose à des accidents graves, tels que la viciation du liquide, l'inflammation des parois de la tumeur et enfin la résorption putride. Pour éviter encore l'introduction de l'air, il recommande de maintenir la poche remplie d'eau ; pour cela, il pousse la fin de l'injection avec peu de force et maintient le siége de la malade dans une position élevée. Il faudra faire avec soin, dans le foyer, des injections tièdes, émollientes, qu'on répétera plusieurs fois par jour, afin de vider et de débarrasser la cavité de la tumeur du liquide et des caillots qui tendent à s'altérer si vite au contact de l'air.

La quantité de sang liquide que l'on retire par le vagin varie suivant le volume de la tumeur et le temps depuis lequel elle est formée. Quelquefois on n'a retiré que quelques cuillerées de liquide, le reste de la tumeur était formé par des caillots; d'autres fois, au contraire, comme on a pu le voir dans les observations qui précèdent, 500 et même jusqu'à 1,000 grammes de sang liquide se sont écoulés après l'incision. Le sang que l'on a retiré de ces tumeurs était dans tous les cas le même ; il était noir, d'une viscosité assez considérable, se coagulant difficilement au contact de l'air, et pouvant être très-bien comparé à de la mélasse.

Quelquefois, lorsque la poche est considérable, que les caillots sont très-adhérents ou situés trop haut, le doigt ne réussit pas à le atteindre et à les détacher. On pourra alors faire usage d'une curette plus ou moins grosse, et, à l'aide de cet instrument, détacher des parois de la tumeur les caillots, que l'on fera sortir ensuite du kyste par des injections. Après avoir incisé et vidé la poche sanguine, il faudra toujours avoir soin d'introduire l'index dans sa cavité, afin de voir quelle est son étendue, l'épaisseur de ses parois, et de s'assurer qu'il n'existe pas à sa surface une autre tumeur, comme cela est arrivé dans la première de nos observations, et comme on devra le supposer lorsque, après l'opération, le volume du ventre sera resté le même, et que les symptômes généraux n'auront pas diminué d'intensité. Dans ce cas, il faudra s'assurer que la tumeur que l'on sent est bien une nouvelle tumeur sanguine, et qu'elle n'est pas formée, par exemple, par l'accumulation dans l'intestin des matières fécales, par suite de la constipation qui existe depuis longtemps. Lorsqu'on sera certain du diagnostic, il faudra agir, pour ce nouvel épanchement sanguin, comme on l'a fait pour le premier; seulement il faudra agir avec plus de prudence, à cause de la profondeur plus grande de la tumeur, et du danger, par conséquent, de blesser les organes voisins. Si les symptômes généraux conservaient leur intensité par suite de la présence de cette nouvelle tumeur, il ne faudrait pas trop tarder d'en faire l'ouverture, sans quoi cette tumeur pourrait ulcérer l'intestin, et donner par cette voie une issue au liquide qu'elle contient, ce qui pourrait amener quelquefois d'autres accidents, par suite du passage dans la poche des matières fécales.

Lorsque, quelques jours après l'opération, le liquide qui s'écoule de la tumeur aura, comme nous l'avons vu, changé de nature, qu'il sera devenu purulent, fétide, il faudra remplacer les injections émollientes par des injections faites avec un liquide désinfectant, de l'eau chlorurée, par exemple, afin de déterger ce foyer purulent. On aura soin de soutenir, en même temps, les forces des malades par

des préparations toniques, le vin de quinquina, etc. C'est dans ce cas aussi qu'il faudra explorer avec soin les parois de la tumeur avec une curette, afin d'en détacher les caillots adhérents profondément placés et qui commenceraient à se putréfier.

Outre ces moyens locaux, que l'on emploiera après l'opération, il faudra, en même temps, combattre les symptômes généraux qui pourraient persister après l'ouverture de la tumeur. S'il existait encore des symptômes de péritonite, on devra user modérément des émissions sanguines, à cause de la faiblesse extrême que présentent la plupart des malades. Il serait préférable, dans ces cas, d'employer les onctions mercurielles sur le ventre, et l'administration du calomel à l'intérieur. On entretiendra, par de légers purgatifs ou des lavements, la liberté du ventre. Les fonctions de l'extrémité inférieure de l'intestin ne tardent pas, du reste, à se rétablir après l'évacuation de la tumeur. Des potions opiacées, des cataplasmes laudanisés sur l'abdomen, seront employés tant que persisteront les douleurs. Les vomissements seront combattus par la glace, l'eau de Seltz. Puis, lorsque la fièvre aura disparu, il faudra relever les forces des malades par une nourriture tonique, qu'on augmentera graduellement, afin de réparer les pertes considérables qu'elles auront pu faire.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — De la résistance des corps solides, diversement configurés, quand on les emploie comme leviers; application à la mécanique animale.

Chimie. — Des caractères distinctifs de l'acide sulfurique.

Pharmacie. — De l'huile que l'on doit employer à la préparation des huiles médicinales. Comment prépare-t-on les huiles médicinales? De l'action de l'huile sur les principes des végétaux.

Histoire naturelle. — La division des végétaux en monocotylédonés et en dicotylédonés repose-t-elle sur l'ensemble des caractères de ces végétaux?

Anatomie. — Qu'est-ce qu'un plexus nerveux? Déterminer le mode suivant lequel se font les anastomoses nerveuses.

Physiologie. — Le système nerveux a-t-il de l'influence sur les sécrétions?

Pathologie externe. — De la nécrose.

Pathologie interne. — De l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

Pathologie générale. — De l'étiologie des tubercules.

Anatomie pathologique. — Du cancer du foie et de ses diverses espèces.

Accouchements. — De la version du fœtus sur la tête.

Thérapeutique. — De l'influence du nitrate de potasse sur l'homme sain et sur l'homme malade.

Médecine opératoire. — Des signes de la contusion, de la commotion et de la compression du cerveau.

Médecine légale. — Des diverses circonstances organiques soit de santé, soit de maladie, qui, faisant varier l'état mental, devront souvent être reconnues et appréciées dans les expertises médico-légales, sur l'appréciation de l'état mental de l'individu.

Hygiène. — De l'allaitement mixte.